



UNIVERSIDADE DO ALGARVE
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

**ACONTECIMENTOS DE VIDA,
PSICOPATOLOGIA E QUALIDADE DE
VIDA: ESTUDO EXPLORATÓRIO EM
MULHERES COM FIBROMIALGIA**

NUNO COELHO DE SOUSA

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DA SAÚDE

FARO, 2011



UNIVERSIDADE DO ALGARVE
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

**ACONTECIMENTOS DE VIDA,
PSICOPATOLOGIA E QUALIDADE DE
VIDA: ESTUDO EXPLORATÓRIO EM
MULHERES COM FIBROMIALGIA**

NUNO COELHO DE SOUSA
ORIENTADORA: PROFESSORA DOUTORA IDA LEMOS

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DA SAÚDE

FARO, 2011

AGRADECIMENTOS

Um certo doutor da Lei, que queria experimentar Jesus, levantou-se e fez-lhe esta pergunta: “Mestre, que devo eu fazer para ter direito à vida eterna?” Jesus respondeu: “Que diz a Escritura acerca disso e como a entendes tu?” E ele disse: “Ama o Senhor teu Deus com todo o coração, com toda a alma, com todas as forças e com todo o entendimento. E ama o teu próximo como a ti mesmo.” Jesus comentou: “Respondeste bem. Faz isso e terás direito à vida.” Mas o doutor da Lei, querendo justificar-se, disse a Jesus: “E quem é o meu próximo?” Então Jesus respondeu: “Ia um homem a descer de Jerusalém para Jericó. Caíram sobre ele uns ladrões, que lhe roubaram roupa e tudo, espancaram-no e foram-se embora deixando-o quase morto. Por casualidade, descia um sacerdote por aquele caminho. Quando viu o homem, afastou-se para o outro lado. Também por lá passou igualmente um levita que, ao vê-lo, se afastou também. Entretanto, um samaritano, que ia de viagem, passou junto dele e ao vê-lo teve pena. Aproximou-se, tratou-lhe os ferimentos com azeite e vinho e pôs-lhe ligaduras. Depois, colocou-o em cima do seu jumento, levou-o para uma pensão e tratou dele. No outro dia, deu duas moedas de prata ao dono da pensão e disse-lhe: ‘Cuida deste homem, e quando eu voltar pago-te tudo o que gastares a mais com ele.’” Jesus perguntou então ao doutor da Lei: “Qual dos três te parece que foi o próximo do homem assaltado pelos ladrões?” E ele respondeu: “O que foi bom para ele.” Jesus concluiu: “Então vai e faz o mesmo.”

Lc 10, 25-37 | Parábola do bom samaritano

Com todo o coração, com toda a alma, com todas as forças e com todo o entendimento, a Deus, porque me ama como jamais alguém me pode amar, e apenas Ele permanece.

A mim próprio, porque tenho consciência de todo o caminho que percorri até aqui chegar, mesmo que saiba que esta não é a última fronteira, mas apenas um novo ponto de partida.

Ao meu próximo. E quem é o meu próximo?

As mulheres com fibromialgia que permitiram que eu me aproximasse, porque me ensinaram mais do que alguma vez as minhas palavras poderão expressar; e todas as que o recusaram, porque dizer não também pode ser um acto de amor.

Todos os que delas se afastaram, porque eles, mais do que elas, precisam de conhecer o quanto é precioso que alguém se aproxime quando temos medo; e todos os que compreenderam as suas dores e continuam ao seu lado, porque me mostram o caminho.

As mulheres que não me souberam amar e aquelas a quem eu não soube amar, porque com todas elas fui tentando aprender que não saber amar também faz parte do caminho para encontrar o amor, dentro e fora de nós.

Os amigos que se aproximaram para me tratar dos ferimentos, porque em todos nós há um homem a quem deixaram quase morto, em todos nós há um sacerdote, um levita e, acima de todos eles, deve permanecer o bom samaritano.

Os amigos que se afastaram para o outro lado, porque deram mais tempo para Deus em mim e abriram mais espaço para que outros amigos se aproximassem, e derramassem sobre os meus ferimentos o seu azeite e o seu vinho.

Todos os que me procuram na esperança de que eu possa ser o seu próximo, e todos os que encontro no caminho com vontade que os ajude a curarem os seus ferimentos, porque nada é mais útil ao homem que ser útil aos homens.

Os professores que querem aprender mais do que ensinar, porque esses sabem que mestre há apenas um, aquele que consegue ser aquilo que ensina; e os professores que pensam o contrário, porque me permitiram aprender o que não quero ser.

Os avós de quem me soube despedir, porque tocar nos seus corpos mortos me ensinou mais sobre a vida que muitos professores; e os avós a quem nunca direi adeus, porque as suas almas permanecem vivas, muito para além daquilo a que chamamos morte.

Os pais que acertadamente escolhi, porque estando sempre próximos soubemos ir aprendendo juntos o profundo valor da distância; e os filhos que um dia me escolherem, eles acima de todos os homens do mundo.

Tu, porque sei que um dia te encontrarei e caminharemos lado a lado, sem que nenhum de nós tome a posse do outro. Não quero a posse de nada ou de ninguém, e apenas aspiro a saber dar o pouco que, erradamente, julgue como meu, por isso a todos entrego **o meu sentido obrigado e o meu pedido de perdão**. Com todos aprendi, e com todos errei. Voltarei a errar, e continuarei a aprender, para que possa cumprir o meu propósito de vida: continuar a evoluir moral e intelectualmente, dando todos os dias mais um passo em direcção ao Ser em mim. Só Deus É. Para mim, o homem é mais que *Dasein*¹, é também Ser fora do mundo. Pergunto-me se também podemos ser Ser no mundo. Respondo-me apenas que o Amor é o caminho entre ser e Ser. E eu ainda estou muito longe de casa...

¹ Termo usado por Heidegger em “Ser e Tempo” (1927) para identificar o ser no mundo.

“(...) Pedras no caminho?
Guardo todas, um dia vou construir um castelo...”

(Anónimo)

O anonimato é um dos diagnósticos mais comuns nos consultórios. Muitos profissionais de saúde constituem-se como um dos elementos centrais na etiologia dessa doença. Por causa dela, já quase todos os pacientes foram a doença em vez de doentes...

“Acredito na ciência mas apenas como um dos caminhos. Sei que há outros. (...) as outras sabedorias foram ganhando terreno na minha relação com o mundo.”

(Mia Couto, “Pensatempos”)

TÍTULO

Acontecimentos de vida, psicopatologia e qualidade de vida: Estudo exploratório em mulheres com fibromialgia

RESUMO

Este estudo apresenta uma perspectiva integrativa das duas linhas de investigação dominantes na fibromialgia (FM), cada uma delas ligada a um modelo da psicologia da saúde, os acontecimentos de vida negativos (modelo biopsicossocial) e a qualidade de vida (modelo de resultados). Com um desenho descritivo-correlacional, os objectivos principais são estudar essas variáveis individualmente e averiguar da hipótese de relação entre elas, tendo sempre como referência a psicopatologia (sintomas de ansiedade, depressão e stress), comum aos dois modelos. Para esse efeito recorreu-se a uma amostra comunitária de 70 mulheres com FM e aos seguintes instrumentos: Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21), *Short-Form Health Survey* (SF-36v2), o Inventário de Acontecimentos de Vida Negativos (IAV_N) e um questionário sócio-demográfico e clínico construído para este estudo.

Os resultados sugerem uma associação entre os acontecimentos de vida negativos ocorridos ao longo da vida e o estado de saúde dos fibromiálgicos, mas apenas em termos da saúde mental; o abuso físico e sexual ao longo da vida não permitiu distinguir diferentes subgrupos de fibromiálgicos em termos do seu estado de saúde. A depressão clínica pode desempenhar um papel central na relação entre os acontecimentos de vida negativos e o estado de saúde, sendo o único estado afectivo que se relaciona com algumas dimensões da componente física da saúde; a ansiedade e o stress apenas estão associados à componente mental. Contudo, não foi encontrada uma relação entre depressão e dor corporal, sintoma mais associado à FM, pelo que essa associação se pode fazer ao nível da fadiga, outro sintoma comum. Em termos gerais, constatou-se que a população fibromiálgica tem uma grande heterogeneidade, pelo que a avaliação destes pacientes deve considerar sempre a sua perspectiva individual, em vez de partir do pressuposto da existência de abuso ou de psicopatologia na sua história de vida.

PALAVRAS-CHAVE: Acontecimentos de vida negativos; Psicopatologia; Qualidade de vida; Abuso físico e sexual; Ansiedade; Depressão; Stress; Estado de saúde.

TITLE

Life events, psychopathology and quality of life: An exploratory study in women with fibromyalgia

ABSTRACT

This study presents an integrative perspective of the two dominant lines of research in fibromyalgia (FM), each of them associated to a model of health psychology, negative life events (biopsychosocial model) and quality of life (outcomes model). With a descriptive-correlational design, the main objectives are to study these variables separately and to examine the relations between them, having as a main reference psychopathology (symptoms of anxiety, depression and stress) as a variable that is common to both models mentioned above. A community sample of 70 women with FM participated in the study. The following instruments were applied: Depression, Anxiety & Stress Scales (EADS-21), Short-Form Health Survey (SF-36v2), Inventory of Negative Life Events (IAV_N) and a socio-demographic and clinical questionnaire designed for this study.

The results suggest an association between lifetime negative events and health status of the fibromyalgic patients, but only in terms of mental health. Lifetime physical and sexual abuse did not allow distinguishing between subgroups of women according to health status. Clinical depression can play a central role in the relation between negative life events and health status, the only affective state that relates to some dimensions of the physical component of health; anxiety and stress were only associated with the mental component. No relation was found between depression and body pain, the most common symptom in FM. Furthermore, an association between depression and FM was found in the following dimension: fatigue, another common symptom. Results obtained allow us to suggest that the fibromyalgic population is very heterogeneous, therefore, the evaluation of these patients must always take into account their individual perspective, rather than presume the existence of abuse or psychopathology in their life history.

KEYWORDS: Negative life events; Psychopathology; Quality of life; Physical and sexual abuse; Anxiety; Depression; Stress; Health status.

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	1
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	7
1. Psicologia da Saúde: Um Possível Mapa da Realidade	8
2. Modelo Biopsicossocial: O Ponto de Partida Para Novas Investigações	16
3. Acontecimentos de Vida Negativos: Marcos na História de Vida	26
4. Psicopatologia: Um Caminho Paralelo ou o Mesmo?	47
5. Perspectiva do Paciente: Uma Paragem Obrigatória na Avaliação	58
6. Qualidade de Vida: A Última Fronteira na Dor Crónica	70
PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO	88
METODOLOGIA	89
1. Questões e Objectivos de Investigação	90
2. Desenho do Estudo	93
3. Amostra	94
4. Instrumentos	97
5. Procedimentos de Recolha de Dados	104
6. Procedimentos de Análise e Tratamento de Dados	106

APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DE RESULTADOS	108
1. Acontecimentos de Vida	110
1.1. Acontecimentos de Vida Associados ou Próximos do Início dos Sintomas	110
1.2. Acontecimentos de Vida Negativos ao Longo da Vida	116
1.3. Abuso Físico e Sexual	125
2. Psicopatologia	138
3. Estado de Saúde	147
4. Relação Entre Acontecimentos de Vida Negativos, Psicopatologia e Estado de Saúde	154
CONCLUSÃO	169
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	177
ANEXOS	200

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Modelo Biopsicossocial da Fibromialgia	16
--	----

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Caracterização Sócio-Demográfica da Amostra	94
Tabela 2. Caracterização Clínica da Amostra	96
Tabela 3. Identificação de Acontecimentos Associados ou Próximos do Início dos Sintomas	110

Tabela 4. Tipo de Acontecimentos de Vida no Início dos Sintomas	112
Tabela 5. Resultados do IAV_N – Severidade (Frequência X Impacto) dos Diversos Tipos de Acontecimentos e Índices Totais	122
Tabela 6. Comparação dos Valores de Prevalência de Abuso Sexual da Amostra Com Outros Estudos Retrospectivos	126
Tabela 7. Comparação dos Valores de Prevalência de Abuso Físico da Amostra Com Outros Estudos Retrospectivos	127
Tabela 8. Comorbilidade de Outras Patologias com a Fibromialgia na Amostra	139
Tabela 9. Comparação dos Valores das EADS da Amostra Com os Valores Normativos	140
Tabela 10. Grau de Severidade de Ansiedade, Depressão e Stress da Amostra	142
Tabela 11. Comorbilidade de Ansiedade, Depressão e Stress	143
Tabela 12. Comparação dos Valores do SF-36v2 da Amostra Com os Valores Normativos	151
Tabela 13. Comparação dos Valores do SF-36v2 da Amostra Com Estudos Anteriores	151
Tabela 14. Matriz de Correlações entre Valores do IAV_N e os dos Restantes Instrumentos (EADS-21 e SF-36v2)	155
Tabela 15. Matriz de Correlações Entre os Valores da EADS-21 e os do SF-36v2	156
Tabela 16. Médias e desvios-padrão das EADS-21 e do SF-36v2, e teste <i>Mann-Whitney</i> em função do abuso físico ou sexual ao longo da vida	157
Tabela 17. Médias e desvios-padrão do IAV_N e do SF-36v2, e teste <i>t</i> de <i>Student</i> de amostras independentes em função da presença de sintomas de depressão clínica	159
Tabela 18. Médias e desvios-padrão do IAV_N e do SF-36v2, e teste <i>Mann-Whitney</i> em função da presença de sintomas de ansiedade clínica	163

Tabela 19. Médias e desvios-padrão do IAV_N e do SF-36v2, e teste *Mann-Whitney* em função da presença de sintomas de stress clínico

165

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo A. Classificação do Nível Socioeconómico	201
Anexo B. Consentimento Informado	203
Anexo C. Questionário Sócio-demográfico e Clínico (QSDC)	205
Anexo D. Adaptação do Inventário de Acontecimentos de Vida Negativos (IAV_N)	208
Anexo E. Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21)	212
Anexo F. Questionário de Estado de Saúde (SF-36v2)	214
Anexo G. Autorização Para a Adaptação e Utilização do IAV_N	219
Anexo H. Autorização Para a Utilização das EADS-21	221
Anexo I. Autorização Para a Utilização do SF-36v2	223
Anexo J. Autorização Para a Recolha de Dados (MYOS)	225
Anexo K. Resultados do IAV_N (Frequência)	227
Anexo L. Resultados do IAV_N (Impacto)	229

INTRODUÇÃO

INTRODUÇÃO

A fibromialgia (doravante designada por FM) é considerada uma síndrome de dor crónica que se manifesta prioritariamente no sistema músculo-esquelético, motivo pelo qual o seu diagnóstico e tratamento se inscrevem no quadro da especialidade de reumatologia. Contudo, a sua fisiopatologia mantém-se desconhecida até ao momento, apesar de avanços recentes sobre essa temática. Em 1990, o *American College of Rheumatology* (doravante designado por ACR) propôs e adoptou os critérios que actualmente vigoram no diagnóstico da FM, entre os quais se destacam dois: um historial de pelo menos 3 meses de dor generalizada em todos os quatro quadrantes do corpo, e dor identificada por pressão digital em pelo menos 11 de 18 pontos-dolorosos definidos pelo ACR (Wolfe et al., 1990). A discussão em torno dos mesmos tem gerado diversas propostas tendentes à sua alteração, o que levou alguns dos autores que criaram os critérios iniciais a avançarem em 2010 com uma possibilidade de revisão dos mesmos (Wolfe et al.).

Ainda que a combinação dos dois principais critérios definidos pelo ACR garantam uma sensibilidade de aproximadamente 88% e uma especificidade de 81% em distinguir a FM de outras causas de dor músculo-esquelética crónica, Wolfe et al. (1990), bem como outros autores (e.g., Blotman & Branco, 2007; Endresen, 2007), fazem notar que é possível identificar um conjunto de sintomas auxiliares ou síndromes que tendem a estar presentes nestes pacientes: alterações do padrão de sono e/ou sono não reparador, fadiga, rigidez matinal, parestesias, tonturas, cefaleias, incontinência urinária, síndrome do cólon irritable (doravante designada por SCI), dificuldades cognitivas (memória e concentração), stress, ansiedade, depressão. Independentemente dos critérios definidos pelo ACR, alguns autores (e.g., Henriksson, 2003; Blotman & Branco, 2007) consideram que a hiperalgesia e a alodínia são, regra geral, os sintomas que distinguem a FM de outras condições de dor músculo-esquelética generalizada; i.e., os pacientes com FM, face a um mesmo estímulo, têm uma reacção dolorosa maior, em intensidade e duração, que indivíduos não fibromiálgicos (hiperalgesia) e, simultaneamente, acabam por ter uma resposta de dor a estímulos que, para estes últimos, não são considerados dolorosos (alodínia). Assim, torna-se claro como a FM pode e deve ser considerada incapacitante, com necessários reflexos na qualidade de vida (doravante designada por QDV) dos pacientes, para mais em função da elevada comorbilidade com outras patologias, nomeadamente outras doenças reumatológicas ou com sintomatologia psiquiátrica.

O impacto da FM revela-se enorme nos custos de saúde a ela associados, para mais se considerarmos que, até ao seu diagnóstico, os processos se tendem a arrastar ao longo de vários anos em diversas especialidades médicas; contudo, essas repercussões não se revelam apenas em termos de

custos de saúde, uma vez que, em função da incapacidade laboral e funcional de muitos pacientes, o impacto também se traduz em termos produtivos (Rosado, Pereira, Fonseca & Branco, 2006); a FM é mesmo considerada, em alguns países da América do Norte e Europa, uma das entidades clínicas com maior índice de incapacidade (Cavalcante et al., 2006). Em função disso, não surpreende que esta seja uma síndrome frequente nas consultas das áreas básicas de saúde, bem como nas unidades de atenção especializada ou terciária, constituindo-se como o segundo ou terceiro diagnóstico mais comum nas consultas de reumatologia (e.g., Buskila et al., 2001; White & Thompson, 2003).

De acordo com Russell e Raphael (2008), a síndrome não se encontra circunscrita a determinados grupos étnicos ou apenas aos países industrializados, devendo ser considerada como uma condição médica semelhante a outras. Uma revisão de literatura realizada por Cavalcante et al. (2006) remete para uma prevalência na população geral com valores entre .7% e 4.4% em diferentes países e consoante as formas de avaliação usadas, apontando a maioria dos estudos para valores próximos dos 2%. Segundo Neumann e Buskila (2003), a prevalência da FM na população geral tem margens mais alargadas, tendendo a variar entre .5% e 5%, e na população clínica ascende aos 15.7%. Dois dos estudos mais citados em relação à América do Norte apontam para 2% de prevalência nos Estados Unidos (Lawrence et al., 1998) e 3.3% em certas zonas do Canadá (White, Speechley, Harth & Ostbye, 1999). Mais recentemente, Branco et al. (2010) elaboraram uma investigação no sentido de determinarem a prevalência da FM em cinco países europeus (Alemanha, Espanha, Itália e, pela primeira vez, França e Portugal); encontraram resultados na população em geral de 3.2% na Alemanha, 2.3% em Espanha e 3.7% em Itália, valores próximos de estudos anteriores, nomeadamente nos dois primeiros (2.4%, 3% e 2.2%, respectivamente). Em Portugal os resultados foram de 3.6% e em França de 1.4%.

Outra das características desta síndrome diz respeito aos elevados valores de prevalência nas mulheres quando comparadas com os homens, tendendo o seu diagnóstico a ser associado à meia-idade (a partir dos 30-40 anos), ainda que cada vez sejam mais comuns os casos de FM juvenil (Kashikar-Zuck et al., 2007); o rácio entre mulheres e homens chega a atingir valores 7 vezes superiores nas mulheres americanas (Lawrence et al., 1998) e, muito embora os resultados obtidos por Branco et al. (2010) apontem apenas para o dobro das mulheres, os próprios autores referem que estes são desmentidos pela prática clínica e por diversos estudos. Por outro lado, as diferenças de rácio encontradas entre mulheres e homens com FM têm conduzido à identificação desta como uma “doença de mulheres”, gerando um processo de estigmatização em relação aos homens com esse diagnóstico, o que torna ainda mais difícil para estes assumirem a sua condição.

Apesar de todos os estudos realizados em relação à prevalência da FM, a própria classificação desta como uma doença tem sido criticada, uma vez que o termo “doença” se refere usualmente a uma

condição médica claramente definida e baseada num processo patológico específico, pelo que muitos autores defendem que ela deve ser classificada como uma síndrome e não como uma doença (e.g., Van Houdenhove, 2003). Desta forma, a FM tende a ser incluída, em termos médicos, nas síndromes somáticas funcionais (doravante designadas por SSF), entendidas estas como um grupo de síndromes caracterizado mais pelos sintomas, pelo sofrimento e comprometimento que por uma especificidade demonstrada de anormalidades na estrutura ou na função (Barsky & Borus, 1999). Contudo, ao longo do tempo, têm existido diferentes propostas de enquadramento patológico para a FM (e.g., Henningsen, Zimmerman & Sattel, 2003; Hudson & Pope, 1989; Van Houdenhove & Egle, 2004; Yunus, 2000). Esta discordância quanto à classificação da FM acaba por reflectir muito do desconhecimento existente relativamente à mesma, pelo que qualquer estudo nesta área se revela de particular importância tendo em vista o alargar da compreensão dos processos nela envolvidos.

A controvérsia em torno da FM estende-se, face ao contexto sintomatológico mais abrangente e aos critérios de diagnóstico considerados, nomeadamente a duvidosa existência de pontos-dolorosos, à sua circunscrição em termos de diagnóstico à especialidade de reumatologia (e.g., Endresen, 2007). Da mesma forma, tem-se discutido largamente em que consiste a FM, a relevância do seu diagnóstico e a possível alteração dos critérios definidos em 1990 (Goldenberg, 1999). A falta de evidências físicas e o desconhecimento da etiologia orgânica da FM, apesar de indicações recentes em relação a uma desregulação no sistema de resposta ao stress, nomeadamente no eixo hipotalâmico-pituitário-adrenal (doravante designado por HPA) e no sistema nervoso simpático (Okifuji & Turk, 2002; Gupta & Silman, 2004; Crofford et al., 2004; Gur et al., 2004; Adler & Geenen, 2005; McBeth et al., 2005, cit. in Van Houdenhove & Luyten, 2006), tornou esta patologia ainda mais controversa; as críticas têm-se agravado face à comorbilidade existente com uma série de perturbações de ansiedade e de humor, ainda que se discuta o seu carácter primário ou secundário.

Essa controvérsia tem levado a numerosos debates em torno da FM; Ehrlich (2003a), um dos mais críticos autores a par de Quintner e Cohen (1999), num editorial intitulado “*Pain is real; fibromyalgia isn't.*”, não nega a existência de dor nestes pacientes, mas considera este diagnóstico como ilegítimo, propondo que os pacientes sejam ajudados mediante o abandono de um termo que, segundo Quartilho (2004), Ehrlich (2003a) define como falacioso, indefinido e indefinível. Por seu lado, Van Houdenhove (2003) tem-se oposto à posição assumida por Ehrlich (2003a), muito embora este último acabe por concordar com muitos dos argumentos avançados por Van Houdenhove². Outros autores têm debatido as vantagens e desvantagens do diagnóstico de FM e, em 2004, Goldenberg elaborou um editorial em que volta a acentuar a polémica em torno do diagnóstico (“*Fibromyalgia: To*

² A este respeito ver Van Houdenhove (2003), Ehrlich (2003b) e Ehrlich (2003c)

diagnose or not. Is that still the question?”). Contudo, e apesar das críticas, como refere Quartilho (2004), o diagnóstico de FM continua a ser defensável como estrutura de compreensão e ponto de partida para a elaboração de um modelo terapêutico que possa ajudar os pacientes de forma construtiva, legitimando medicamente as suas queixas e explicando a sua sintomatologia. Ainda assim, a FM tende a ser encarada como uma condição de dor crónica e uma síndrome de etiologia ainda desconhecida que sobrevive no meio de controvérsia sobre o que é realmente e se existe de facto (Hazemeijer & Rasker, 2003).

Em função disto, tem surgido uma descrédibilização da síndrome e da sintomatologia a ela associada, descrédibilização essa que acaba por ser remetida para o próprio indivíduo, desvalorizando-se a sua condição e o seu quadro de sofrimento. Ainda que sejam claros outros motivos pelos quais se torna importante conhecer a realidade do paciente com FM, este é, desde logo, um dos motivos que consubstancia a presente proposta de investigação; é nosso entendimento que nenhum quadro de sofrimento pode ser desvalorizado em função de critérios de desconhecimento da etiopatogenia de determinados sintomas. A questão que se coloca é se não deve o desconhecimento em relação a esta síndrome ser mais um motivo para a sua investigação. Independentemente do seu enquadramento patológico, para o fibromiálgico o seu sofrimento é real e deve ser compreendido no âmbito de uma história de vida que pode ser ponto de partida para o surgimento da doença. Desta forma, mesmo que inicialmente se tivesse dado uma busca mais ou menos exaustiva de causas orgânicas que explicassem os sintomas, ante a sua ausência até ao momento, começou a sugerir-se uma possível origem psicológica, aumentando o número de estudos que abordam essa perspectiva, sem que isso exclua a importância dos factores biológicos; decorre também daí a importância que tem vindo a assumir a ampliação do modelo biomédico da saúde e da doença para um modelo mais integrador, de natureza biopsicossocial (Lyons & Chamberlain, 2005).

Por outro lado, a possibilidade de intervenção junto de uma síndrome que tem um carácter crónico, não pode deixar de ser valorizada, havendo a necessidade de investigar as variáveis que afectam a QDV desta população; essa necessidade é acrescida quando, como referem alguns autores (e.g., Beal, Stuijbergen & Brown, 2009), existe relativamente pouca literatura que permita indicar preditores de práticas saudáveis em indivíduos com FM. Segundo Pais Ribeiro (2005), a preocupação com os resultados dos cuidados de saúde conduziu ao surgimento dos modelos de resultados, pelo que estes têm vindo a assumir um importante papel no que diz respeito às doenças crónicas, como acontece com a FM. Não surpreende por isso que se tenham desenvolvido duas linhas de investigação separadas, por um lado a avaliação da QDV destes pacientes (associada ao modelo de resultados) e, por outro, os factores que se enquadram nos modelos de desenvolvimento da síndrome (associados ao modelo biopsicossocial).

Face ao exposto, a presente investigação pretende cruzar as duas perspectivas dominantes no estudo da FM. Numa primeira fase, aborda separadamente algumas das variáveis presentes nos dois modelos compreensivos da realidade: os acontecimentos de vida negativos (AVN), um dos factores mais insistentemente referidos pelos modelos biopsicossociais como predisponente e/ou precipitante da FM; os sintomas de psicopatologia, comumente associados à síndrome e uma variável mencionada por ambos os modelos; e a QDV (em particular o estado de saúde) de uma amostra desta população, essencial nos modelos de resultados. Numa segunda fase, procuramos integrar essas duas linhas de investigação, averiguando em que medida existe uma associação entre esses factores. Ao longo de todo este processo estará latente a preocupação com o carácter mais ou menos homogêneo deste diagnóstico e das características associadas a esta população.

Relativamente à estrutura deste trabalho, começamos por apresentar um enquadramento teórico no qual se perspectiva: o surgimento dos modelos biopsicossociais existentes na FM e a sua integração no contexto da psicologia da saúde; os diversos estudos sobre os AVN; a importância da perspectiva do paciente em função das características da FM; bem como uma revisão sobre as investigações relativas à psicopatologia e QDV nesta população. Segue-se a descrição da metodologia usada, a apresentação, análise e discussão de resultados, e a respectiva conclusão.

Em termos gerais, importa referir que a possibilidade de explorar este processo de relação entre os AVN, a psicopatologia e a QDV pode revelar-se importante na medida em que, cada vez mais, estes pacientes tendem a ter acompanhamento psicoterapêutico, acompanhamento esse que deve remeter sempre para uma melhoria da QDV, pelo menos no que ao estado de saúde diz respeito; por esse motivo, o estudo de variáveis associadas à QDV pode facilitar o delineamento de intervenções psicológicas que potencializem a mesma e, em última análise, alarguem o potencial de intervenção da psicologia da saúde nesta síndrome.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. PSICOLOGIA DA SAÚDE: UM POSSÍVEL MAPA DA REALIDADE

A psicologia da saúde tem-se vindo a constituir como um dos mais reconhecidos domínios no processo de inserção da psicologia na compreensão da saúde, tanto como a psicologia clínica o fez em relação à doença. O seu surgimento, na década de 70, decorre no âmbito de um *zeitgeist* (“espírito do tempo”) onde se enquadra o aparecimento da proposta de um modelo biopsicossocial de compreensão da saúde e da doença (Engel, 1977), modelo esse que remete, por sua vez, para aquela que foi a definição fundadora da Organização Mundial de Saúde (OMS, 1948) em relação à saúde: um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade.

Afastando-se de uma perspectiva unidimensional de causalidade, a psicologia da saúde e o modelo biopsicossocial a ela ligado, ambos discutidos criticamente e aprofundados por outros autores (e.g., Lyons & Chamberlain, 2006), remetem para a compreensão não apenas da doença, mas fundamentalmente da saúde; e, simultaneamente, desta como espaço de interação dinâmica e recíproca entre factores biológicos, psicológicos e sociais, alargando o modelo biomédico e integrando numa nova perspectiva as dimensões psicológicas e sociais, essenciais na vida humana. Tendo como pano de fundo esta abordagem mais abrangente, alguns autores (e.g., Paul & Fonseca, 2001) apresentam sumariamente uma formulação que permite distinguir entre três perspectivas de doença, associadas cada uma delas, de alguma forma, a factores biológicos, psicológicos e sociais: *disease* (ter uma doença), definida como um acontecimento biológico objectivo, envolvendo uma disfuncionalidade de determinadas estruturas corporais ou sistemas orgânicos, causado por mudanças anatómicas, fisiológicas ou patológicas e, em larga medida, correspondente à patologia enquanto definida pelas ciências médicas; *illness* (sentir-se doente), que se refere à experiência individual e subjectiva vivida pelo doente e que acaba por marcar de forma indelével a sua capacidade de resposta à doença; *sickness* (comportar-se como doente), associada ao papel e ao estatuto social desempenhado pelo doente no contexto sociocultural e familiar onde se insere. Esta formulação tripartida da doença não pode, contudo, deixar de reforçar, no nosso entender, uma necessidade de compreensão do indivíduo que inclua estas três dimensões, insistindo-se na perspectiva abrangente do modelo biopsicossocial; neste sentido, devem evitar-se situações em que a dificuldade na identificação da *disease* limite a compreensão e a aceitação do indivíduo que apresenta uma *illness*.

Independentemente das críticas que lhe têm sido feitas, o modelo biopsicossocial inicialmente avançado por Engel (1977) tem-se assumido como um extraordinário ponto de partida para a compreensão da saúde e da doença, garantindo uma visão holística dessas condições existenciais, reforçando a integração

entre corpo e mente, e colocando em causa a visão dualista existente relativamente a estes; a formulação de um modelo biopsicossocial e a integração entre corpo e mente têm sido fundamentais para o desenvolvimento da psicologia da saúde, garantindo-lhe um espaço de intervenção que reúne contributos multidisciplinares que incluem também perspectivas de outras áreas da psicologia, como a psicologia clínica e social. A psicologia da saúde acabou por responder, segundo Pais Ribeiro (2009), à necessidade da psicologia ir ao encontro da perspectiva de saúde defendida pela OMS. Em termos gerais, podemos dizer que a psicologia da saúde se tem desenvolvido como um mapa da realidade dos processos de doença e de saúde.

No entanto, apesar da crescente valorização do modelo biopsicossocial, o modelo biomédico continua a ser a perspectiva dominante na medicina ocidental, tendendo o diagnóstico e o tratamento da doença a ser encarados apenas com base em evidências físicas de alteração das estruturas biológicas, para mais em função dos numerosos avanços que esta abordagem garantiu ao conhecimento da doença. Ainda assim, a verdade é que não conhecemos, em rigor, as causas biológicas da FM e, como refere Quartilho (2004) citando Carette (1995), é talvez possível que a valorização orgânica do conceito, ao longo dos anos, tenha mesmo determinado consequências negativas para alguns pacientes e para a forma como a sociedade encara esta síndrome; o próprio Wolfe (2003), um dos mentores do diagnóstico de FM, menciona que a valorização excessiva dos critérios de diagnóstico definidos pela ACR, dando prioridade ao exame físico e aos pontos-dolorosos, pode ter conduzido a uma desvalorização dos aspectos psicossociais e à não consideração de características centrais desta síndrome (cit. in Quartilho, 2004).

Turk e Okifuji (2002) insistem que tem havido um reconhecimento geral de que a dor é uma experiência complexa influenciada tanto por factores biológicos, como por uma diversidade de factores psicossociais, incluindo as emoções, o contexto ambiental e social, o sentido da dor para o indivíduo, as suas crenças, atitudes e expectativas. Assim, tal como em outras condições de dor crónica, e apesar da investigação dos mecanismos fisiopatológicos que determinam a sua génese e evolução temporal, a FM pode e deve ser compreendida à luz dos processos psicológicos e sociais que caracterizam certos mecanismos de somatização e comportamentos de doença (Quartilho, 2004). Em função disso, a investigação e a prática clínica não podem ignorar o mal-estar, o sofrimento e os aspectos psicossociais associados a esta síndrome, independentemente de todas as polémicas associadas a este diagnóstico e ao desconhecimento dos aspectos patofisiológicos, pois como insiste Van Houdenhove (2003), mesmo que a FM não seja considerada uma *disease*, ela deve ser entendida como uma *illness*, cabendo aos diversos profissionais de saúde procurar uma forma de integrar ambos os conceitos.

Face à inexistência, em alguns casos, de uma relação entre os modelos biomédicos de interpretação da FM e os modelos psicossociais, os pacientes tendem a ser classificados ao longo de apenas uma das dimensões. Para mais, em função da ênfase colocada pelo modelo médico na cultura ocidental, há a

possibilidade de um julgamento crítico se os investigadores concluírem que a tensão psicológica precede os problemas biológicos; uma explicação biológica para a dor legítima e válida essa dor, enquanto uma justificação psicológica tem um carácter mais estigmatizante, uma vez que a dor de uma origem desconhecida se torna, só por si, motivo para tensão e angústia. Segundo Quartilho (2004), esta dissonância conceptual entre uma perspectiva biomédica e uma interpretação biopsicossocial tem caracterizado a história e a evolução do conceito de FM. No entanto, este conflito decorre também muitas vezes do rejeitar, por parte dos pacientes com FM, de uma formulação psicossocial para os seus sintomas – esta recusa surge de uma necessidade de legitimação social e médica dos sintomas, face à aparente invisibilidade dos motivos do sofrimento. Uma questão essencial, como refere Quartilho (2004), é o entendimento de que esses sintomas podem traduzir alterações que acontecem também em termos biológicos, mesmo que estando relacionados com factores psicológicos e sociais na sua génese e manutenção. Em função disso, o processo de somatização pode ser visto como compatível com uma perspectiva biológica que, de acordo com diferentes autores citados em Quartilho (2004), pode também reflectir diferentes alterações fisiopatológicas em termos do sistema neuroendócrino, não sendo claro o modo como se relacionam com a experiência dos sintomas, ou mesmo se têm uma natureza primária ou secundária em relação a estes.

Ao investigar-se a dor crónica somente sob uma das perspectivas, biomédica ou psicossocial, torna-se claro que certos domínios como a medicina ou a psicologia tendem a apenas aceitar e a se focar numa das partes da FM, excluindo outros aspectos (Hazemeijer & Rasker, 2003). Daí ser recorrente o facto de se invocar a necessidade de um modelo compreensivo que integre não apenas os factores biológicos mas também os psicológicos e sociais. Esta perspectiva é também consolidada por outras investigações que cruzam os factores biológicos e psicossociais (e.g., Weissbecker, Floyd, Dedert, Salmon & Sephton, 2006), bem como por estudos qualitativos que reforçam a interdependência entre os factores internos e externos na dor, e a consequente necessidade de validação de um modelo biopsicossocial de FM (e.g., Hallberg & Carlsson, 1998). A própria possibilidade de consideração da FM como uma perturbação somatoforme, associada à comorbilidade com diagnósticos de perturbações mentais, e a noção de dor como algo subjectivo, permitem enfatizar a necessidade de uma não separação entre corpo e mente, e a importância da mútua dependência e da interacção dinâmica entre os dois.

Por este motivo parece-nos que a exploração de um modelo mais integrativo e abrangente, como o biopsicossocial, pode ser entendido como ponto de partida para garantir um alargamento do conhecimento relativo desta síndrome, reconhecendo vários autores a sua particular influência na área da dor crónica (e.g., Gatchel, Peng, Peters, Fuchs e Turk, 2007) e na própria FM (e.g., Goldenberg & Sandhu, 2002). Turk e Okifuji (2002) defendem mesmo que, ao contrário da perspectiva biomédica que concentra a sua atenção em explicações etiológicas ou patofisiológicas, ou de uma visão psicogénica que sugere que a dor é uma manifestação física de dificuldades psicológicas, o modelo biopsicossocial da dor garante uma integração

mais abrangente que incorpora processos mecânicos e fisiológicos, bem como variáveis psicológicas e sociais de carácter contextual que podem causar e manter essa dor crónica. Daí que numerosos estudos tenham vindo a, cada vez mais, insistir na relação entre os factores biológicos e psicossociais, mais que acentuando a tensão persistente entre diferentes pontos de vista; são disso exemplo diversos trabalhos realizados por Van Houdenhove juntamente com diferentes colaboradores (e.g., Van Houdenhove & Egle, 2004; Van Houdenhove, Egle & Luyten, 2005; Van Houdenhove & Luyten, 2006). Contudo, também as primeiras investigações que pretenderam estudar os aspectos de âmbito psicossocial se tendiam a centrar apenas nessa perspectiva, não incorporando as causas e as alterações orgânicas subjacentes, ainda que não negando a sua relevância – uma das metodologias utilizadas para o fazer foi através do recurso a estudos qualitativos que exploravam a história de vida de pacientes com FM.

Sob essa perspectiva destacam-se os trabalhos de Hallberg em conjunto com outros autores (e.g., Hallberg & Carlsson, 1998; Hallberg & Carlsson, 2000; Wentz, Lindberg e Hallberg, 2004); realizados com base em entrevistas aprofundadas a aproximadamente 20 mulheres com FM, procuraram investigar a compreensão da síndrome a partir do ponto de vista das próprias pacientes. O primeiro desses estudos explorou a experiência pessoal da sintomatologia, as atribuições em relação à sua origem e o impacto da mesma na existência destes pacientes. Hallberg e Carlsson (1998) identificaram duas categorias principais no discurso destas mulheres e que denominaram por vulnerabilidade psicológica e forças de manutenção. Na vulnerabilidade psicológica eram mencionadas questões relacionadas com histórias de vida traumáticas anteriores aos sintomas, nas quais se incluíam perdas precoces (abandonos, separações e mortes), e a conseqüente necessidade de assumir responsabilidades também muito precocemente; referiam ainda problemas sociais nas famílias de origem (alcoolismo, violência, doenças psiquiátricas). Estes factores, no seu conjunto, acabariam por conduzir a sentimentos de desamparo e impotência. Os autores relacionam estas variáveis com a perspectiva de Mikail, Henderson e Tasca (1994), segundo a qual existe um grande número de indivíduos com vinculações inseguras entre os pacientes com dor crónica. Esses processos de vinculação acabariam por ser reforçados ao longo da vida em função de outras categorias também encontradas como geradoras de vulnerabilidade psicológica: auto-imagem associada a excessiva perseverança (ambição, sociabilidade, hiperactividade, incerteza e insuficiência); visão pessimista da vida; situação profissional insatisfatória.

Em termos de forças de manutenção, Hallberg e Carlsson (1998) identificaram três categorias principais: cuidados de saúde; suporte familiar; benefícios da dor. Em termos de cuidados de saúde, as mulheres com FM acabam por encontrar situações de descrença em relação à sua condição, o que lhes exige uma persistente necessidade de procurar uma validação das suas dores; o diagnóstico pode ser muitas vezes uma forma de alívio em relação à descrença dos outros, mas a sua procura acaba por ser contraproducente como forma de alívio da dor física. Por outro lado, a sua condição de dor pode traduzir-se

em benefícios secundários em termos de diminuição da sua responsabilidade, um aumento da atenção sobre si, e um maior equilíbrio entre as exigências e os recursos disponíveis. Nesse sentido, todos estes aspectos acabam por ter consequências no suporte familiar, nomeadamente em termos de ajuda prática, apoio emocional e alteração de papéis no seio da família. A forma como todas estas questões interagem com a sintomatologia não foi muito aprofundada pelos autores, uma vez que estes apenas procuram identificar categorias mencionadas no que diz respeito à vulnerabilidade psicológica e às forças de manutenção da FM; por esse motivo, Hallberg e Carlsson (1998) referem que as conclusões avançadas não permitem delinear um carácter causal entre as diversas variáveis, mas apenas avançar hipóteses de investigação.

No entanto, um outro aspecto dominante referido por Hallberg e Carlsson (1998) na condição das pacientes da amostra é a constante preocupação com a dor, também decorrente da sua presença latente e de esta afectar a sua vida diária; nesse sentido, os autores conduziram um estudo posterior sobre o coping e a forma como as pacientes com FM enfrentam essa dor, evidenciando que as formas de coping mais presentes na amostra foram a passividade, os comportamentos de fuga e a resignação, esta última conduzindo à catastrofização (Hallberg e Carlsson, 2000). Mais recentemente, um outro estudo qualitativo de Wentz et al. (2004) com base em entrevistas aprofundadas, e que tinha o intuito de compreender os processos psicológicos expressos por estas pacientes, permitiu aos autores apresentar um modelo teórico de funcionamento psicológico no qual a FM surge como uma manifestação somática e de sobrecarga mental. Este modelo constitui-se, de acordo com os autores, como um ponto de partida hipotético para futuras investigações, acentuando estes que, à semelhança dos estudos anteriores, não existe uma relação causal entre as diversas categorias que o compõem; segundo estes, existe apenas uma possível relação entre o conceito central do modelo, o *self* desprotegido, e outras três categorias por ele definidas (estratégias compensatórias, aumento da sobrecarga mental e redução das capacidades cognitivas).

De acordo com Wentz et al. (2004), a FM estaria relacionada com um processo psicossomático e com a desprotecção psicológica sentida face à sobrecarga de estímulos e emoções vividas a partir da infância, num contexto em que o indivíduo vai deixando de conseguir fazer um coping adequado com a sobreestimulação mental. A fadiga e o cansaço sentidos pelos pacientes com FM são vistos na relação com a sobreestimulação mental que obriga a um “desligar da corrente de funcionamento” (tal como acontece em situações de stress traumático), bem como associado à redução das capacidades cognitivas em si mesmas. Um dos padrões consistentes ao longo deste estudo foi a localização do aparecimento da sintomatologia fibromiálgica numa situação de vida de grande tensão, o que nos remete, desde logo, para situações de stress e/ou traumáticas, algo que abordaremos em detalhe mais adiante. Por agora, resta-nos referir que esta ênfase, colocada por diversos autores (e.g., Wentz et al., 2004; Van Houdenhove & Egle, 2004), na disfuncionalidade dos mecanismos de resposta ao stress é também extensiva ao entendimento da importância que os mecanismos sociais têm como forma de auto-regulação, facto que está, segundo os

mesmos, associado a uma maior prevalência nas mulheres. O facto de existir uma maior prevalência nas mulheres é explorado por Wentz et al. (2004), os quais remetem a sua explicação para outros investigadores que mencionam a existência de estratégias de coping com o stress diferentes nos homens e nas mulheres; estas tenderiam mais para padrões de “cuidar e proteger” por oposição aos de “luta ou fuga” (Taylor et al.). Este padrão promove uma afiliação com o grupo social à custa do uso de estratégias compensatórias rígidas de maior actividade, auto-regulação através dos outros, excessivos cuidados e ajuda, aumento da responsabilidade face aos outros.

Num estudo levado a cabo por Brosschot e Aarsse (2001, cit. in Wentz et al., 2004), estes sugerem a existência nos pacientes fibromiálgicos de uma sobressocialização, definida como uma crença excessiva na necessidade de se conformarem às regras sociais; essa sobressocialização seria decorrente da detecção de elevados valores de alexitimia combinados com um processamento emocional restrito e uma atribuição somática excessiva. Consubstanciando essa possibilidade, Toskala, Kangasniemi, Vasarinen e Nurmikko (1993) sugeriram existir uma diminuição na capacidade de simbolização das emoções negativas nos pacientes fibromiálgicos, discutindo simultaneamente a possibilidade de alexitimia nesta patologia, correspondente à dificuldade para identificar e descrever as emoções e as sensações corporais (cit. in Wentz et al., 2004).

Os resultados destas investigações remetem para a possibilidade de existir nos pacientes com FM a presença de uma experiência de stress que é vivida de uma forma muito intensa e amplificada, bem como uma crença forte e irrealista nas suas capacidades para controlar as suas necessidades principais no sentido de corresponderem aos padrões sociais. Esta necessidade de controlo das suas necessidades reais, com o conseqüente afastamento das mesmas, tendo em vista a construção de um espaço de idealidade social, já havia sido perspectivada por Blumer e Heilbronn (1982). Segundo estes, os pacientes com dor crónica têm um grande afastamento entre o ego ideal e as necessidades principais. Assim, o ego ideal, rigidamente mantido, é definido como independente, activo e preocupado com os outros, enquanto as necessidades principais incluem a dependência, a passividade e o ser cuidado por outros. Nesse sentido, para Blumer e Heilbronn (1982), as necessidades principais são escondidas atrás de uma actividade incessante e insatisfatória, em que a dor garante uma maior proximidade em relação às necessidades. Assim, a depressão surgiria como resultado da incapacidade para alcançar o ego ideal e de uma, ainda presente, frustração das necessidades principais. Este esforço por parecer em detrimento das necessidades do ser, é também, de alguma forma, mencionado por Hallberg e Carlsson (1998), quando estes referem que a maioria destas mulheres apresentam uma imagem externa renovada e de perfeccionismo que acaba por se revelar uma desvantagem para elas; Henriksson (1995) também formulara esse conflito interno entre a aparência e as suas próprias capacidades

De acordo com Van Houdenhove et al. (2001a), há uma tendência para que uma parte significativa de pacientes com FM demonstrem uma baixa auto-estima e uma insegurança muitas vezes mascarada por uma aparência de auto-suficiência e pseudo-independência, uma dificuldade em definir limites em diversos domínios de funcionamento (e.g., tendência exagerada para o auto-sacrifício), bem como uma inquietação interna que se mantém como necessidade de enfrentar uma permanente e indefinida ameaça. Para Berber, Kupek e Berber (2004), esse facto pode eventualmente estar associado aos acontecimentos negativos vividos na infância, sendo uma forma de garantir uma maior aceitação por parte de outros significativos, pelo que os pacientes com FM tenderiam a ser perfeccionistas, com elevadas expectativas sobre os seus desempenhos, uma grande necessidade de se realizarem e baixos níveis de auto-estima.

Desta forma, não surpreende que o perfeccionismo tenda a ser considerado um dos traços de personalidade mais presentes nesta população clínica, pois os pacientes com FM parecem ter criado o seu próprio estilo de vida stressante desde a juventude, procurando exceder-se a si próprios física e mentalmente, sendo demasiadamente empenhados no trabalho (Van Houdenhove & Luyten, 2006). Outros autores também insistem nesta questão, tendo como referência pacientes com FM ou com síndrome de fadiga crónica (doravante designada por SFC), uma síndrome muito próxima da FM: é uma experiência comum em termos clínicos que os pacientes com FM sejam perfeccionistas, com uma elevada exigência pessoal e necessidade de realização, bem como baixa auto-estima (Hallberg & Carlsson, 1998; White & Schweitzer, 2000). Nesse sentido, o perfeccionismo acaba por ser perspectivado por Van Houdenhove e Luyten (2006) como um factor de manutenção da FM, podendo conduzir a um aumento dos níveis de stress e a um decréscimo na QDV dos pacientes.

Anteriormente, também Davis, Zautra e Reich (2001) haviam mencionado a possibilidade de existirem diferenças em termos de traços de personalidade da população com FM, quando comparados com outras populações saudáveis e clínicas, nomeadamente no que se refere ao locus de controlo, a uma maior sensibilidade interpessoal e a alterações emocionais decorrentes da mesma; segundo Davis et al. (2001), isso suscitaria um aumento das dificuldades dos fibromiálgicos lidarem eficazmente com o stress. Para esse efeito contribuiriam ainda: a possível existência de uma disfunção afectiva, associada à presença de um maior número de afectos negativos e menos afectos positivos que em outras populações clínicas; problemas de adaptação à doença resultantes de um coping mais evitante (resignação, passividade e afastamento social), tal como Hallberg e Carlsson (2000) mencionavam; um menor suporte social e menos interações sociais positivas que outras populações com dor crónica. Esta vulnerabilidade social não poderia ser explicada pela dor em si, mas por uma dificuldade de adaptação ao stress por ela gerado e a uma incapacidade para manter uma ligação entre a dor e as emoções positivas nesses momentos, o que acabaria por conduzir a dificuldades na sua QDV em termos sociais (Zautra, Hamilton & Burke (1999); Davis et al., 2001).

Estes modelos de funcionamento psicológico dos pacientes com FM têm vindo, gradualmente, a ser consubstanciados em diversas investigações, constituindo-se ainda assim como ponto de partida para a discussão desta temática e o aparecimento de modelos mais abrangentes que enquadrem outros aspectos para além dos factores psicológicos. Nesse sentido, os diversos trabalhos qualitativos de Hallberg e Carlsson, junto com Wentz, estabeleceram uma linha de interpretação que permitiria o surgimento de modelos mais alargados. Uma das primeiras propostas foi formulada por Eich, Hartmann, Müller e Fischer (2000) que, a partir de uma revisão de literatura, apresentaram um modelo de base mais heurística que empírica para contextualizar a influência dos factores psicossociais na FM. Assim, e da mesma forma que White e Schweitzer (2000) apresentaram um modelo desenvolvimental para a SFC a partir da consideração de factores predisponentes, precipitantes e de manutenção, também Eich et al. (2000) consideram diferentes níveis de factores em diferentes períodos de desenvolvimento da FM. Nesse sentido, identificam como factores predisponentes, mas não necessariamente causais, as condições familiares desfavoráveis na infância, as experiências traumáticas na infância (e.g., história de abuso sexual ou físico), os acontecimentos de vida stressantes, os traumatismos e lesões físicas; alguns destes factores, e mais que os factores a percepção dos mesmos, gerariam baixos níveis de auto-estima, estratégias de coping inadequadas e sentimentos negativos quando confrontados com situações de stress na vida adulta.

Enquanto factores precipitantes, ou factores que precedem imediatamente o aparecimento da dor e a causam mais directamente, Eich et al. (2000) mencionam a perda de relações significativas, acontecimentos ameaçadores da vida e existência, alterações decisivas das condições de vida, doenças físicas severas. Contudo, estes factores não tendem a ser percebidos pelos pacientes como acontecimentos isolados próximos do desencadear da sintomatologia, mas como longos períodos de crise e stress físico e psicológico. O terceiro nível mencionado por Eich et al. diz respeito aos factores de manutenção e cronificação da síndrome depois do aparecimento da FM, sendo de destacar, segundo diversos estudos, os seguintes: uma propriocepção desfavorável em função de uma excessiva atenção relacionada com o próprio corpo (Sarnoch & Scholz), uma comorbilidade com a depressão e ansiedade (Ledingham, Doherty & Doherty), a forma de interacção do casal como potencial reforço do comportamento de dor (Flor, Kerns & Turk). No entanto, os factores de manutenção ou agravamento da sintomatologia fibromiálgica constituem-se em si mesmos como modelos de auto-perpetuação, ciclos de auto-validação em que a sintomatologia somática é atribuída a sérias anormalidades, reforçadas pelas crenças do paciente de que tem uma grave doença, de tal modo que são exacerbadas as tensões somáticas existentes. Ainda assim, o modelo apresentado carecia, como referem os próprios autores, de estudos posteriores que confirmassem a sua validade.

2. MODELO BIOPSISSOCIAL: O PONTO DE PARTIDA PARA NOVAS INVESTIGAÇÕES

Recentemente, Van Houdenhove e Egle (2004) introduziram uma das propostas mais integradoras relativamente à etiologia e desenvolvimento da FM, e que enquadra já vários aspectos biológicos da síndrome, a qual voltou a ser posteriormente analisada por Van Houdenhove junto com outros colaboradores (Van Houdenhove et al., 2005; Van Houdenhove & Luyten, 2006) em função de investigações mais recentes. Nesse artigo inicial, os autores revêem a função do sistema de resposta ao stress na FM, enfatizando a relação entre as experiências de vida adversas, a regulação do stress e os mecanismos de processamento da dor, destacando, simultaneamente, as evidências do stress na etiopatogenia da FM. No final desse processo acabam por conceptualizar um modelo integrativo de carácter biopsicossocial que foi graficamente apresentado no estudo de 2005 (Figura 1), e que enquadra a FM como uma perturbação de stress na qual este desempenharia um papel central.

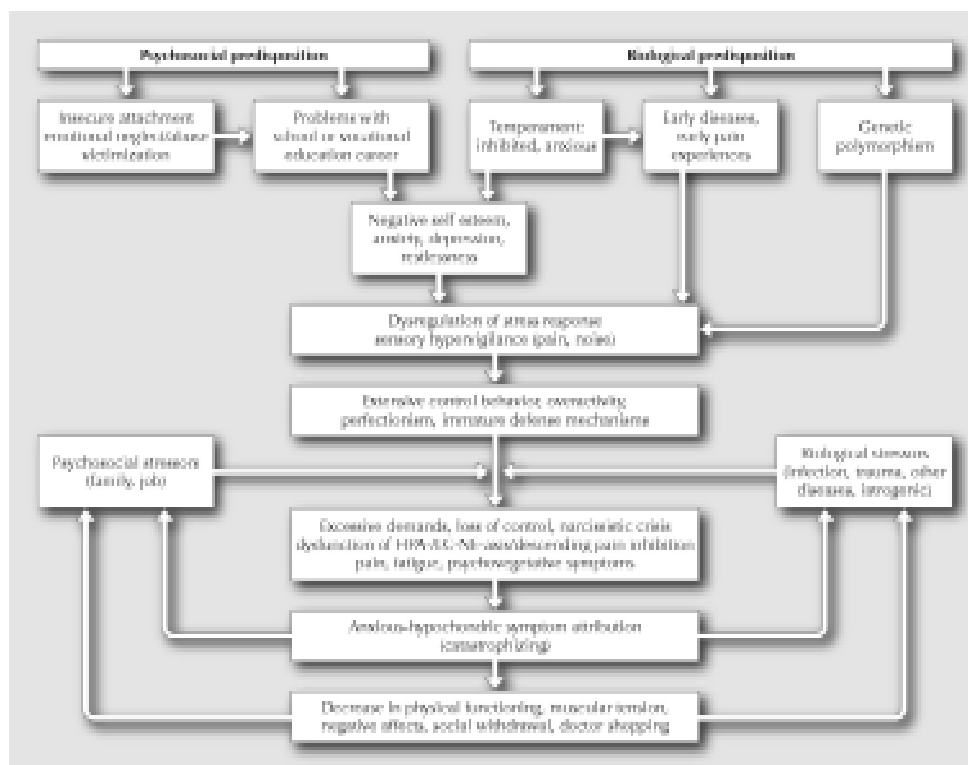


Figura 1. Modelo biopsicossocial da FM (Fonte: Van Houdenhove et al., 2005, p. 366)

O stress é definido por Houdenhove e Egle (2004) como uma ameaça à homeostase do organismo, com reflexos na necessidade deste em manter a estabilidade através da mudança (alostase); esta ameaça, seja decorrente de agressão física (biológica) ou carga emocional (psicossocial), activa programas geneticamente determinados em termos neuronais, hormonais e de comportamento (aquilo

que definem como o sistema de resposta ao stress), com o objectivo de preservar ou restaurar o equilíbrio. Os conceitos de homeostase e alostase têm sido fundamentais para a compreensão dos mecanismos de stress, tendo também sido definidos por McEwen e Stellar (1993) da seguinte forma: a alostase é o processo de mudança que garante a manutenção da estabilidade no organismo face a uma ameaça, correspondendo a homeostase a esse equilíbrio das funções do corpo dentro de determinados limites que garantem a sobrevivência (cit. in Baptista, 2009). Esta relação entre o stress e a doença tem sido profusamente estudada no âmbito da psicologia da saúde; diversas investigações demonstraram que o stress causa mudanças fisiológicas que têm consequências no aparecimento de doenças e na sua evolução. Recentemente esta posição foi consubstanciada em evidências claras de alterações ao nível do sistema biológico, nomeadamente em termos neurohormonais (para uma breve análise, Baptista, 2009). Contudo, segundo diversos autores (McEwen, 1998, 2004, 2007; McEwen & Stellar, 1993), o aparecimento de doenças não decorre da alostase, uma vez que esta se constitui como um processo protector, mas do impacto resultante da activação continuada e excessiva do mesmo, que dá origem a um estado alostático, i.e., um desequilíbrio crónico no funcionamento dos sistemas reguladores; esse estado alostático acaba, por sua vez, por gerar danos que se acumulam no organismo em função do peso alostático (cit. in Baptista, 2000).

Esta perspectiva de que a vivência repetida e continuada de situações de stress pode alterar a resposta imunitária, neuroendócrina e do sistema nervoso simpático, gerando uma maior vulnerabilidade a determinados stressores e infecções, tem sido, segundo Van Houdenhove et al. (2001a), consubstanciada significativamente em diversa investigação; os resultados desse estudo de Van Houdenhove et al. (2001a) reforçam a ideia de que a possível existência de situações de stress ocorridas nesta população, nomeadamente determinado tipo de AVN, tendem a ocorrer repetidamente ao longo da vida do indivíduo, e não apenas na infância e adolescência. Ao estudarem os diferentes períodos de vida em que ocorrem os AVN relatados (infância < 14 anos; adultez; ao longo de toda a vida), os autores verificam que existem significativamente mais indivíduos com FM/SFC no grupo “ao longo da vida”. Este resultado aponta para a possibilidade de os maus-tratos nesta população tenderem para um processo continuado e que se repete em diferentes momentos das suas histórias de vida, perdendo importância a avaliação dos AVN apenas na infância.

Neste sentido, e como insistem vários estudos relativos ao stress, é o peso alostático decorrente da repetição das situações de stress que tende a gerar alterações no sistema de resposta deste, o que é confirmado por Van Houdenhove e Egle (2004) em relação à FM, uma vez que um dos mecanismos aonde foram detectadas alterações, o eixo HPA, tende a ser activado face a situações onde é necessário um coping e uma perseverança de longo prazo, e, particularmente, quando há uma percepção de falta de controlo. A própria Raphael (2006), referindo-se à FM de forma específica, menciona que as disfunções

em aspectos do sistema de resposta ao stress estão bem documentadas nesta síndrome (Crofford & Demitrack, 1996; Crofford, 1998; Spaeth, 2006). Ainda assim, Raphael (2006), num artigo de revisão sobre o papel do stress traumático na patogenia da FM, nega que os resultados existentes até ao momento apontem para que o trauma psicológico ou físico tenha um papel central na génese da FM, remetendo muito mais para uma vulnerabilidade biológica ao stress – a associação entre stress e FM, presente em vários estudos, seria melhor explicada por uma desregulação fisiológica do sistema de resposta ao stress. Nesse artigo, Raphael conclui que vários problemas metodológicos impedem uma confirmação justificada de que a FM pode ser causada pelo abuso físico e/ou sexual, ou outras formas de stress psicológico traumático, insistindo que, em vez de um perturbação de stress, a FM deve ser classificada como uma perturbação de vulnerabilidade ao stress.

Também Hudson e Pope, junto com diversos colaboradores (e.g., Hudson & Pope, 1989, 1990, 1994; Hudson et al., 2003), defendem a vulnerabilidade genética como o factor mais relevante na etiologia da FM, desvalorizando o peso do abuso sexual na infância, e consubstanciando a sua posição em estudos sobre a comorbilidade psiquiátrica existente – esta é a posição defendida por Hudson e Pope desde um editorial elaborado em 1995 e que os havia conduzido à classificação da FM como uma perturbação do espectro afectivo (abordaremos essa temática no capítulo relacionado com a psicopatologia). Sendo particularmente crítica do trabalho de Van Houdenhove e Egle (2004) que sugerem que os AVN poderiam ter um papel etiológico na FM, Raphael (2006) tende a desvalorizar um aspecto central nas considerações dos mesmos. Estes autores defendem que o trauma, seja ele psicológico ou físico, pode ser um factor de risco na FM, mas não determinam uma relação de causa-efeito entre o trauma e a FM. Aliás, a própria Raphael, numa anterior revisão de literatura sobre o abuso na infância como factor de risco para a dor crónica em geral, considera que existem muitos caminhos através dos quais o abuso na infância pode exercer um efeito patogénico no risco de dor na adultez, e que os limitados estudos biológicos realizados sugerem que um historial de abuso na infância pode estar relacionado com uma desregulação do eixo HPA que caracteriza as condições de dor crónica (Raphael, Chandler & Ciccone, 2004a).

Em 2006, Weissbecker, Floyd, Dedert, Salmon e Sephton sugeriram existir uma associação entre os traumas na infância e a desregulação do sistema neuroendócrino nos adultos, tendo já anteriormente Gupta e Silman (2004) apresentado evidências conceptuais do papel do sistema neuroendócrino na relação entre a FM e o stress. De acordo com Weissbecker et al. (2006), existem diferenças estruturais e químicas no sistema nervoso de indivíduos abusados e não abusados, nomeadamente nos níveis de cortisol, e, no caso da FM, essas diferenças apontavam para a existência de maus-tratos na infância dos sujeitos em estudo. Van Houdenhove e Egle (2004) defendem que os programas neurohormonais determinados filogeneticamente podem ser ontologicamente influenciados por experiências precoces de

stress, sugerindo também que a ocorrência de situações de stress traumático durante o desenvolvimento humano pode alterar o equilíbrio do sistema de resposta ao stress, fragilizando os indivíduos face a perturbações relacionadas com o stress; estudos retrospectivos por eles referidos demonstraram que o abuso emocional, físico e sexual na infância pode não apenas aumentar os riscos de ansiedade, depressão e somatização, mas também de doenças orgânicas (e.g., perturbações coronárias, diabetes). Esse efeito cumulativo de ameaças físicas e psicossociais aumentaria a susceptibilidade de stress na vida adulta, através de uma maior sensibilidade ou falha na inibição do eixo HPA. Acrescem a isto os resultados de investigações recentes que insistem na relação entre os mecanismos de regulação do stress e de processamento da dor através do sistema límbico, reforçando a associação entre o stress e a dor, tal como tem sido explorado por Melzack (cit. in Van Houdenhove & Egle, 2004); tal ocorreria também, entre outros mecanismos, através do cortisol e do próprio sistema imunológico que, de alguma forma, têm sido relacionados com a FM. Vários estudos mencionados por Van Houdenhove et al. (2005) têm apresentado possíveis alterações no sistema de resposta ao stress. Esta relação entre a desregulação do eixo HPA e a FM tem sido objecto de diversa investigação, ainda que sem resultados que possam ser tomados como conclusivos, inclusive por parte de autores que não são associados a Van Houdenhove (e.g., Bailey, Freedomfeld, Kiser & Gatchel, 2003). Em função disso, não surpreende que os diversos mecanismos fisiopatológicos que tendem a ser associados à FM também sejam explorados por Van Houdenhove et al. (e.g., 2004, 2005) no modelo biopsicossocial apresentado, com destaque para aspectos neuronais, imunológicos e de processamento da dor, todos eles associados a alterações no sistema de resposta ao stress.

Mesmo que estando profusamente documentada a relação entre o stress e a FM, a discussão em relação ao carácter *nature* ou *nurture* das alterações do sistema de resposta ao stress continua a dividir os diversos autores que estudam esta questão. Esta discussão sobre a causalidade entre os traumas e a FM revela-se, na nossa perspectiva, não muito relevante, uma vez que, para uma compreensão mais abrangente do paciente fibromiálgico, importa mais verificar a presença ou não de ambos os factores (a alteração biológica do sistema de resposta, quando tal for possível, e as situações traumáticas) do que identificar um quadro de causalidade específico. A existência de acontecimentos que estão na origem da alteração do sistema de resposta ao stress continua a ser uma possibilidade em aberto, contudo, nem todos os indivíduos que vivenciam esses acontecimentos desenvolvem FM. Uma questão é o estabelecimento de relações de causalidade e outra é haver uma possibilidade de associação em alguns casos, eventualmente também decorrente da vulnerabilidade genética preexistente. Neste sentido, negar que haja uma completa independência da FM em relação ao trauma psicológico ou físico parece-nos uma posição tão extrema, como determinar uma relação de causa-efeito entre ambas. Com base nesta perspectiva, não podemos deixar de considerar que a ocorrência de traumas pode contribuir para um maior sentimento de

incerteza, imprevisibilidade e vulnerabilidade enquanto criança, e um aumento da dificuldade no desenvolvimento de mecanismos de coping adequados para se confrontar com novas adversidades; assim, cada novo trauma pode acabar por traduzir-se num aumento do sentimento de vitimização.

Por seu lado, Van Houdenhove et al. (2004, 2005) não colocam em causa a possibilidade de existir uma vulnerabilidade genética nestes pacientes, insistindo, contudo, numa perspectiva de vulnerabilidade que enquadra predisposições genéticas, biológicas e psicossociais para o surgimento da síndrome. Entendida neste sentido, a vulnerabilidade passa a assumir um carácter mais abrangente, como defende Anaut (2005) quando perspectiva os modelos etiológicos e de desenvolvimento da doença. Para além de uma dimensão intrapessoal, passam a enfatizar-se também aspectos interpessoais, dependentes da interacção com o meio (e.g., maus-tratos, adversidades), e que potenciam as predisposições existentes em termos genéticos e biológicos, e aumentam a vulnerabilidade em termos de futuro (Anaut, 2005); esta perspectiva tende muitas vezes a ser utilizada na etiologia da somatização e na psicopatologia em geral.

Num estudo elaborado por Imbierowicz e Egle (2003) no qual compararam sujeitos com FM e perturbação somatoforme de dor, os resultados mostram que existem proporções semelhantes de adversidade na infância nas duas amostras, defendendo que, mesmo não sendo uma condição necessária, tais acontecimentos negativos se constituem como um factor potencial para o desenvolvimento dessas síndromes. A inexistência de diferenças significativas, em termos gerais, entre os grupos suscita-nos uma outra questão: estamos perante populações semelhantes em termos de etiologia das síndromes? Defendem os autores que clínica e patogenicamente existe uma elevada sobreposição entre FM e perturbações de somatização, muito embora os critérios de diagnóstico sejam diferentes.

Assim, não surpreende que Van Houdenhove et al. (2004, 2005), ao construírem um modelo teórico explicativo multidimensional sobre a forma como os diferentes factores (biológicos, psicológicos e sociais) interagem no sentido de determinar a etiologia e a evolução da FM, este assuma, em termos estruturais, semelhanças com os modelos de diátese-stress (também denominados vulnerabilidade-stress), associados à psicopatologia e a diversas síndromes somáticas. Anteriormente, já vários autores haviam defendido esta posição face ao papel do stress na síndrome (e.g., Zautra, et al., 1999). Nesses modelos pressupõe-se que a sintomatologia se constitui como o resultado duma interacção complexa entre factores biológicos, psicológicos e sociais que vulnerabilizam o indivíduo, combinando-se os mesmos entre si de forma a ter um impacto específico na saúde deste (Ingram & Luxton, 2005).

A utilização do termo diátese está relacionada com o seu significado etimológico de predisposição, sendo considerado que essas disposições anteriores condicionam a vulnerabilidade do indivíduo ao surgimento da patologia. Segundo Ingram e Luxton (2005), essa diátese, ainda que nos primeiros modelos tenha sido considerada apenas sob uma perspectiva biológica, tem vindo a ser alargada a um conjunto de circunstâncias que incluem também factores psicossociais, nomeadamente a

personalidade e os acontecimentos de vida. Sob essa perspectiva biopsicossocial, os acontecimentos precipitantes acabariam por interagir com a diátese própria de cada indivíduo (constituída a partir da interacção entre factores biológicos e psicossociais anteriores), o que lhe permitiria ser mais ou menos resistente aos mesmos; neste processo torna-se fundamental perceber a importância da interacção entre os factores predisponentes, os factores protectores e as experiências potencialmente desencadeadoras de stress ao longo da vida do indivíduo e, nomeadamente, em idades precoces.

Na linha do acima apresentado, também o modelo elaborado por Van Houdenhove e Egle (2004) considera a existência de factores predisponentes geradores de vulnerabilidade no indivíduo, factores precipitantes para o surgimento da FM e factores de manutenção da própria síndrome. Enquanto factores predisponentes, os autores identificam interacções genéticas e ambientais, a exposição precoce a adversidades e traços de personalidade específicos que potenciariam a vulnerabilidade ao surgimento da FM. No que diz respeito aos factores biológicos, os autores defendem que alguns estudos apontam para a possibilidade de factores genéticos estarem envolvidos na FM, nomeadamente alterações no gene transportador de serotonina que, em interacção com as aprendizagens iniciais, poderiam conduzir a uma maior sensibilidade à dor e ao stress. À semelhança do que Ingram e Luxton (2005) destacam nos modelos de diátese-stress, também Van Houdenhove e Egle (2004) destacam a importância da exposição precoce à adversidade como forma de aumentar a vulnerabilidade do indivíduo, e de baixar o limite de resistência a acontecimentos de vida que precipitem o aparecimento da FM na idade adulta.

Nesse sentido, segundo Van Houdenhove et al. (2001a), e Imbierowicz e Egle (2003), os pacientes com FM, quando comparados com indivíduos saudáveis, tendem a relatar um maior historial de maus-tratos (negligência e/ou abuso), bem como de diversos AVN, durante o seu desenvolvimento, com repetição na idade adulta. Num trabalho posterior, Van Houdenhove e Luyten (2006) reforçariam esta posição baseando-se quer numa revisão de literatura de Davis, Luecken e Zautra (2005) sobre o abuso infantil e dor crónica na idade adulta, quer em outras investigações. Esta é uma das temáticas que abordaremos aprofundadamente mais adiante no capítulo dos AVN, em função do resultado de estudos que contrariam esta posição e, naturalmente, da sua relevância para esta investigação.

Outros factores predisponentes mencionados pelos autores em função de uma revisão de artigos são determinados traços de personalidade associados ao perfeccionismo (algo a que já aludimos anteriormente); um subgrupo de pessoas com FM tende a ser associada a problemas de auto-estima e a mecanismos de defesa imaturos com tendência para a ansiedade e depressão, motivo pelo qual assumiriam um estilo de vida excessivamente activo como compensação, definindo elevadas metas pessoais em busca de reconhecimento (Egle et al., 1989; Van Houdenhove, Neerinx, Onghena, Lysens & Vertommen, 2001b; Johnson, Panaanen, Rahinatti & Hannonen, 1997, cit. in Van Houdenhove e

Egle, 2004); tal possibilidade tenderia a aumentar a sua vulnerabilidade ao stress, conduzindo à sua cronificação.

No modelo apresentado, Van Houdenhove e Egle (2004), baseando-se no resultado de diversos estudos por eles citados, consideram os seguintes factores precipitantes: situações de trauma físico (e.g., lesões dolorosas, infecções, acidentes de viação), acontecimentos de vida geradores de stress psicossocial como a ausência do necessário suporte social, experiências traumáticas em termos psicológicos, e mesmo *daily hassles* quando estes se referem a áreas da vida com relevância pessoal (Anderberg, Marteinsdottir, Theorell & Von Knorring, 2000; Goldenberg, 1999; Hallberg & Carlsson, 1998; Poyhia, Da Costa & Fitzcharles, 2001; Eich, Hartmann, Müller & Fischer, 2000; Dailey, Bishop, Russell & Fletcher, 1990). Neste sentido, a acumulação de stress físico e psicológico (devido eventualmente a acontecimentos como excessiva actividade física, uma exaustiva prática de cuidados com outros, persistentes problemas de sono, conflitos familiares, insatisfação profissional) tende a precipitar a síndrome, levando os autores acima referidos a enfatizar que as histórias de vida destes pacientes demonstram que o início dos sintomas está muitas vezes associado a períodos de exaustão e é despoletado por acontecimentos específicos. Face a isso, sugerem que o aparecimento dos sintomas pode ser facilitado por uma alteração no sistema de resposta ao stress, de uma crónica hiper para uma hipoactividade do mesmo, com implicações na capacidade para responder adequadamente a novos stressores e, eventualmente, dando origem a perturbações prolongadas nos sistemas de regulação do stress, de processamento da dor e de defesa imunitária (Clauw & Chrousos, 1997; Ehlert, Gaab & Heinrichs, 2001; Heim, Ehlert & Hellhammer, 2000; Yehuda, 2002; Gold & Chrousos, 2002; Hellhammer & Wade, 1993; Winfield, 1999; Bauer, Vedhara, Perks, Wilcock, Lightman & Shanks, 2000; Gunnar & Vazquez, 2001).

O carácter precipitante de alguns acontecimentos tem sido profusamente estudado, e uma das primeiras investigações, que remonta ao período anterior à definição dos próprios critérios da ACR em 1990, apontou desde logo a existência de factores reconhecidos como “causadores” ou associados ao seu início (Wolfe, 1986, cit. in Blotman & Branco, 2007); num total de 136 pacientes, quando questionados sobre factores causadores da FM, 40% não identificam qualquer causa e, entre os factores identificados, os com maior incidência são os traumatismos e o stress. No entanto, quando se referem factores associados em vez de causadores, nos quais podiam ser mencionados mais que um factor em simultâneo, então os resultados são mais expressivos; apenas são referidas cinco vezes a inexistência de factores associados e entre as diversas menções a factores associados contam-se os seguintes: stress (35 vezes), emoções (35), alteração familiar (25), traumatismo (24), fadiga (23), sobreactividade (22), frio (15), cirurgia (13), morte de familiar (13). Contudo, quase todos os estudos têm um carácter retrospectivo, até por uma maior facilidade metodológica, o que suscita, por outro lado, críticas óbvias relacionadas com o enviesamento de memória e a recordação congruente com o humor. Ainda assim, a maioria dos estudos

aponta para a ocorrência de determinados acontecimentos ou algum tipo de trauma no início da sintomatologia, havendo também diferenças entre os grupos na severidade da mesma; Turk (2002) menciona dois estudos realizados (Turk & Okifugi, 1996, 1997) em que, numa amostra de pacientes com dor crónica, 75% de um grupo heterogéneo de dor crónica e 50% de um grupo de indivíduos com FM atribuíam o aparecimento dos sintomas a um trauma físico, nomeadamente um acidente de viação ou um traumatismo profissional; isso exclui cerca de 50% dos pacientes da amostra com FM dessa condição. Os pacientes que mencionaram a ocorrência de um trauma como precipitante da sintomatologia apresentavam diferenças significativas em relação aos que referiam um início insidioso em termos dos níveis de stress emocional, interferências no seu dia-a-dia e uma maior severidade da dor. No entanto, quando foram usados sistemas estandardizados de avaliação da patologia física, verificou-se não existirem diferenças significativas em termos físicos entre os grupos. Uma das conclusões interessantes destes dois estudos foi o facto de os pacientes que remetiam o início da síndrome para um trauma físico terem maiores probabilidades de receberem assistência médica para os diversos sintomas. Um recente estudo de McLean, Clauw, Abelson e Liberzon (2005) confirmou a necessidade de se desenvolverem modelos que permitam compreender os processos de interação entre as lesões nos tecidos, a dor, as contingências psicológicas e os mecanismos de stress após a colisão de veículos, uma vez que entre as possíveis sequelas se encontram diagnósticos muito distintos, entre os quais a FM.

Esta relação entre o trauma físico e o surgimento da FM foi também considerada num estudo de Buskila, Neumann, Vaisberg, Alkalay e Wolfe (1997), em particular pelo aparecimento dos sintomas depois de lesões na coluna cervical – uma percepção que decorre da observação clínica. Nessa investigação, Buskila et al. (1997) compararam 102 indivíduos com lesões no pescoço face a um GC constituído por pacientes com fracturas de pernas, no sentido de avaliarem o aparecimento de mais casos de FM decorrentes da primeira situação; verificaram que a FM era 13 vezes mais frequente após uma lesão do pescoço, sendo diagnosticada em 22% dos casos e com diferenças significativas face ao GC; para além de que, após a lesão no pescoço, nos indivíduos que desenvolveram FM, todos os sintomas eram mais severos do que naqueles em que isso não ocorreu. Outros estudos posteriores (e.g., Al-Allaf et al., 2002), de carácter retrospectivo, reforçam esta associação entre o trauma físico e a precipitação da FM nos 6 meses consequentes ao mesmo. Contudo, num estudo recente, Tishler, Levy, Maslakov, Bar-Chaim e Amit-Vazina (2006), com grupos semelhantes em termos de características aos do estudo de Buskila et al. (1997), obtiveram resultados que contrariam a ideia de haver uma associação entre as lesões no pescoço e o desenvolvimento de FM nos 14 meses após a ocorrência do acidente.

Autores como Ciccone et al. (2005), mesmo que desacreditando na possibilidade de que o trauma físico ou psicológico possa ter um carácter precipitante na FM, citam o resultado de algumas investigações que apontam nesse sentido: Aaron et al. (1997) encontraram 39% de historial de trauma

quando a sua amostra era questionada em relação ao aparecimento da síndrome, sendo de referir que neste estudo os autores verificaram que o trauma emocional estava associado à condição de saúde destes pacientes, independentemente dos aspectos demográficos, do trauma físico, e mesmo do abuso físico/sexual; de acordo com os resultados obtidos por Walen et al. (2001), mais de 90% dos pacientes com FM identificam um ou mais acontecimentos precipitantes quando se recorre a um questionário de trauma; contudo, Greenfield et al. (1992) apenas obtiveram 23% de antecedentes quando recorreram a outras formas de avaliação que expressam visualmente o desenrolar temporal. Segundo Ciccone et al. (2005), isso conduziu à ideia de que o trauma físico e/ou emocional pode estar implicado na patogenia da FM como referem Clauw e Williams (2002), Buskila e Neumann (2000) e White, Carette, Harth e Teasell (2000), entre outros.

Num estudo retrospectivo levado a cabo por Anderberg et al. (2000) em relação aos acontecimentos de vida na FM e que será detalhadamente analisado no capítulo dos AVN, os autores constataam que a grande maioria dos indivíduos (80%) identificam pelo menos um acontecimento (positivo ou negativo) com o início dos sintomas, e que uma grande parte (65%) menciona especificamente pelo menos um AVN; entre os AVN mais comuns estão os problemas financeiros (45%), os conflitos com o companheiro (43%) e a mudança de casa (43%). No entanto, quando procuramos ter uma perspectiva mais abrangente desses resultados, enquadrando-os em outras categorias, constatamos que uma grande maioria destes indivíduos associa o precipitar da FM a conflitos com pessoas significativas (companheiro, 43%; outros familiares e amigos, 23%), a separações ou perdas (divórcios, 28%; mortes de familiares ou amigos, 38%), a problemas de trabalho (conflitos, 10%; falta de controlo sobre a situação profissional, 13%; aumento de responsabilidades, 23%; diminuição de responsabilidades, 5%; novo emprego, 18%), ou à necessidade de prestar ajuda a outros (acidente ou doença de familiar, 28%; suporte a familiar ou amigo, 23%); só depois aparecem os traumas físicos do próprio indivíduo (abuso físico e psicológico, 25%; doença ou acidente, 20%; abuso sexual, 3%). Esta ideia aponta muito mais para o impacto psicológico do trauma no desencadear da síndrome do que para factores como o trauma físico, ainda que os autores mencionem que não pode ser estabelecida uma relação causal entre os acontecimentos de vida relatados e a ocorrência de FM, em virtude das limitações da própria investigação – o tamanho da amostra e ausência de um GC relativamente a essa parte do estudo, a que acresce o carácter retrospectivo do mesmo. Para mais se considerarmos, como referem Van Houdenhove et al. (2006), que os estudos prospectivos apenas confirmam parcialmente estes resultados (Raphael et al. 2002; Williams et al. 2003; Kivimäki et al. 2004), suscitando apenas a possibilidade de que haja uma relação entre a FM e a Perturbação Pós-Stress Traumático (doravante designada por PPST) ou, pelo menos, entre a FM e determinados stressores traumáticos, podendo existir variáveis que tenham

um carácter mediador nesse processo, nomeadamente a depressão; esta temática será aprofundada no capítulo respeitante à psicopatologia.

Retomando o modelo formulado por Van Houdenhove e Egle (2004), os autores consideram, para além dos já mencionados factores predisponentes e precipitantes, vários factores de manutenção da sintomatologia, relacionados com o stress, e que podem afectar a evolução da síndrome: a comorbilidade de depressão (através de crónicos problemas de sono, coping menos adaptativo, disfunções mentais e física que acabam por ter impacto na QDV) ou ansiedade (através de preocupações decorrentes da incerteza de prognóstico, maior sensibilidade, irritabilidade, maior tensão muscular, hiperventilação e comportamentos de evitamento relacionados com a dor que geram, no seu conjunto, mais limitações funcionais, mais cansaço e exaustão); alguns factores cognitivo-perceptivos (e.g., afecto negativo, pensamento catastrófico, hipervigilância somática, preocupações hipocondríacas, baixa auto-eficácia); e uma inadequada procura de cuidados de saúde associada a ganhos secundários no comportamento de doente.

Todos estes factores remetem para estudos anteriores que consubstanciam o seu impacto na sintomatologia associada à FM, pelo que, em 2006, Van Houdenhove e Luyten fizeram uma revisão de literatura no sentido de actualizar estas propostas de investigação. A par de aspectos como um elevado afecto negativo (Geenen & Middendorp, 2006), enviesamentos perceptivos como a hipervigilância somática (Crombez et al., 2004; Carillo-de-la-Pena et al., 2006), um coping cognitivo disfuncional como a catastrofização (Edwards et al., 2006), Van Houdenhove e Luyten (2006) destacam agora outras variáveis que influenciariam a evolução da síndrome: a capacidade de aceitação da sua condição e de adaptação às limitações funcionais (Viane et al., 2003), um baixo afecto positivo (Davis et al., 2001) e a incerteza da doença (Reich et al., 2006) que tenderiam a aumentar os níveis de stress e amplificar os sintomas. A esses factores, os autores acrescentam ainda uma variável que se tem revelado fundamental na alteração do estado de saúde de todos os doentes, mas que, no caso da FM, ainda se revela mais central em função da invisibilidade de sintomas e da estigmatização associada à síndrome: a falta de suporte social decorrente da não-aceitação, por parte dos outros, de que estes pacientes têm uma doença legítima e real (Schoofs et al., 2004).

No entanto, a identificação de factores que são modeladores da dor na FM remonta à própria definição dos critérios da ACR em 1990, tendo sido apresentados num estudo de Wolfe (1994, cit. in Blotman & Branco, 2007); os que foram identificados com maior incidência foram o frio (79%), a excitação (78%), a fadiga (77%), o sono deficiente (76%), a ansiedade (69%), a mudança climática (66%), o stress (63%) e a humidade (60%). Por outro lado, num estudo sobre as SSF realizado por Barsky e Borus (1999) são identificados quatro factores que influenciam a amplificação da sintomatologia: a crença de que se tem uma doença grave; a expectativa de que a sua condição vai

provavelmente piorar; o “papel de doente” que inclui os processos de conflito e compensação; um retrato incapacitante e catastrófico da sua condição. Em função do exposto, podemos perceber que muitas das variáveis consideradas como tendo um papel na manutenção da sintomatologia, senão a sua totalidade, têm um carácter psicossocial, não surpreendendo que Turk (2002) afirme que tem havido um crescente interesse na investigação do papel dos factores psicossociais na dor e no comprometimento relacionado com esta; de entre os factores implicados no desenvolvimento de uma certa cronicidade da dor e na manutenção do comprometimento este autor destaca a sensibilidade à ansiedade, a antecipação da dor e de lesões, o evitamento, as atribuições causais, a catastrofização e a auto-eficácia. Neste sentido, também Turk (2002) corrobora a necessidade de criação de um modelo biopsicossocial na dor crónica, e não apenas na FM, de forma a integrar também esses factores; mas mais que isso, este autor defende que esse modelo, à semelhança do que foi apresentado por Van Houdenhove et al., (2005) para a FM, deve constituir-se como um modelo de diátese-stress que tenha em consideração que determinadas predisposições do indivíduo podem interagir com um acontecimento específico que, por sua vez, acaba por precipitar o aparecimento da dor crónica.

Contudo, mesmo que considerando a possibilidade de serem realizadas numerosas críticas ao modelo biopsicossocial apresentado para a FM, em particular a necessidade de se consubstanciar em investigação a relação entre os diversos factores incluídos, Van Houdenhove e Egle (2004) insistem no valor heurístico da sua proposta e na necessidade de se criarem quadros interpretativos que integrem os aspectos biológicos, psicológicos e sociais que envolvem a FM. Por outro lado, consideram também que a conceptualização desta síndrome como uma perturbação de stress, e não apenas em função dos mecanismos biológicos implicados, pode ter um importante valor terapêutico por um conjunto diverso de razões: o conceito de stress tem um carácter imediatamente reconhecível e não estigmatizador que torna mais aceitável para alguns pacientes a discussão de aspectos psicossociais; este modelo, pela sua validade facial, pode constituir um ponto de partida para o desenvolvimento de processos individuais de tratamento e para uma avaliação adequada dos factores envolvidos na predisposição, precipitação e manutenção da síndrome. Independentemente dessas considerações, outros autores continuam a discordar, em muitos dos seus aspectos, da proposta apresentada, nomeadamente a prevalência de determinado tipo de AVN nesta população (e.g., Raphael, 2006).

3. ACONTECIMENTOS DE VIDA NEGATIVOS: MARCOS NA HISTÓRIA DE VIDA

O estudo dos acontecimentos de vida como potenciadores de uma determinada perturbação da saúde do indivíduo tem um longo historial e, segundo Monroe e Simons (1991), desde as tentativas iniciais de criação de instrumentos que os pudessem categorizar e quantificar (Holmes & Rahe, 1967),

muito esforço tem sido realizado para identificar as características das experiências de vida que poderiam ser relevantes para o precipitar de uma disfunção (Alloy et al., 1988; Brown & Harris, 1986; Dohrenwend, Krasnoff, Askenasy, & Dohrenwend, 1978; Katschnig, 1986; Lazarus & Folkman, 1984; Monroe & Roberts, 1990; Sarason, Johnson, & Siegel, 1978). Uma das questões que desde cedo se levantou foi a necessidade de circunscrever o significado do construto “acontecimentos de vida”. Ainda que se possam encontrar diferentes definições deste construto, seguimos a perspectiva subjacente ao instrumento utilizado para estudar o mesmo, motivo pelo qual remetemos a definição de acontecimentos de vida para aquilo que Ramos (2004, cit. in Brás, 2008) considera como fenómenos discretos, transversais e descontínuos à vida dos indivíduos, e que, ao gerarem mudanças ou alterações no curso de vida, implicam da parte destes uma necessidade de reajustamento psicossocial, uma vez que afectam o seu equilíbrio global. De acordo com Ramos (2004, cit. in Brás, 2008), os acontecimentos de vida, dadas as suas características e consequências, podem ser classificados como positivos, neutros ou negativos, ainda que seja possível identificar situações em que essa separação não é tão clara.

Outros autores como Lazarus e Launier (1978), citados em Pais Ribeiro (2005), também fazem esta distinção em relação aos acontecimentos, classificando-os como irrelevantes (que não afectam o indivíduo), benignos (os que são positivos), e ameaçadores ou perigosos (aqueles que propiciam stress); estes últimos, que também são considerados como stressores, devem ser assim classificados em função da apreciação do próprio indivíduo que está sujeito a eles, apreciação essa que desempenha um papel decisivo no processo de stress (Lazarus & Launier, cit. in Pais Ribeiro). Neste sentido, a perspectiva do próprio indivíduo deve tornar-se, pelo menos na maioria dos casos, a fronteira que pode permitir essa discriminação, muito embora autores como Ramos (2004) insistam que há acontecimentos que podem, à partida, ser enquadrados na categoria de negativos (cit. in Brás, 2008); com base na classificação de Ramos, Brás (2008) define os acontecimentos de vida negativos como “fenómenos ou situações que colocam em causa o bem-estar do sujeito, provocam reacções de stress e podem ter nefastas repercussões no futuro” (p. 24).

Por outro lado, segundo Lazarus (1993, cit. in Pais Ribeiro, 2005), mesmo dentro dos acontecimentos que podem ser considerados stressores (ou negativos), podemos identificar diferentes categorias, dando origem a diversos tipos de stress: perda, ameaça ou desafio. Ramos (2004) considerou ainda a existência de acontecimentos normativos e não-normativos (cit. in Brás, 2008)³. Em função disto, constatamos que as dificuldades iniciais, inerentes à definição do construto, continuam a manifestar-se na actualidade, o que não impediu, contudo, que a exploração desta temática se tenha vindo a tornar, gradualmente, numa das mais importantes da investigação na área da saúde. Segundo Castro et al. (2005),

³ Anteriormente já Lazarus e Cohen (1977) haviam apresentado uma outra classificação, bem como Mates e Allison (1992), com base em diferentes critérios de categorização (para uma breve revisão, Pais Ribeiro, 2005, pp. 280-284)

apesar dos esforços iniciais, foi nos últimos 15 anos que “*there has been an increasing interest in the role of adverse experiences as possible etiologic factors in medical and psychiatric disorders in adults*” (p. 140). Independentemente da distinção realizada pelos autores entre perturbações psiquiátricas e médicas, como se fossem duas realidades distintas, é relativamente consensual que os indivíduos com um historial de experiências adversas na infância e adolescência, nomeadamente separações e perdas significativas, ou abuso sexual e físico, tendem a aumentar a possibilidade de desenvolverem doenças psiquiátricas e determinadas síndromes ou doenças associadas à dor crónica na idade adulta, entre as quais se inclui a FM.

Esta conceptualização, que data dos finais dos anos de 1950 e princípios de 1960 (e.g., Engel, 1959; Lesse, 1963), embora remetendo para uma abordagem de base psicanalítica, tem tido grande aceitação junto de diversos investigadores, muito embora se continue a discutir o carácter psicogénico da dor e a existência de uma origem orgânica da mesma (Raphael, Widom & Lange, 2001). No entanto, também Wolfe et al. (1990), no artigo que define os critérios de diagnóstico em vigor para a FM, defendem que os aspectos traumáticos e as experiências de vida adversas na infância, incluindo o abuso físico e sexual, podem desempenhar importantes papéis na patogenia da FM; algumas das objecções a esta posição decorrem, em larga medida, da discriminação entre mente e corpo como duas realidades distintas a que Castro et al. (2005) aludiram, e que é muito frequente na prática médica, muito embora os estudos mais recentes, de âmbito prospectivo, tenham também consubstanciado a ideia de que os AVN não têm uma prevalência acentuada na FM. Contudo, antes de começarem a ser realizados estudos prospectivos, sucederam-se uma série de investigações de carácter retrospectivo que deram origem, também elas, a resultados de alguma forma contraditórios.

O aparecimento das primeiras investigações sobre o historial de abusos na FM acontece no seguimento de estudos anteriores que encontraram uma associação entre o abuso e várias condições de dor crónica, nomeadamente as enxaquecas (Domino & Haber, 1987), as perturbações gastrointestinais (Drossman et al., 1990; Walker, Katon, Roy-Byrne, Jemelka & Russo, 1993; Scarinci, McDonald-Haile, Bradley & Richter, 1994) e a dor pélvica crónica (Walker et al., 1988; Rapkin, Kames, Darke, Stamper & Naliboff, 1990; Toomey, Hernandez, Gittelman & Hulka, 1993), algumas delas tendo comorbilidade com a FM (cit. in Alexander et al., 1998). Assim, um dos primeiros estudos que procurou analisar a presença de um historial de abusos na população fibromiálgica foi elaborado por Boisset-Pioro, Esdaile e Fitzcharles em 1995. Tendo como objectivo determinar a prevalência de abuso físico e sexual em mulheres com FM, comparando com um GC com outras condições reumatológicas, os autores concluíram que a possibilidade de abuso pode ter um efeito relevante na expressão e na manutenção da FM na vida adulta. Nessa investigação foram analisados os abusos físicos e sexuais na infância (considerada até aos 16 anos) e adultez, verificando-se que metade (53%) dos pacientes com FM

relatavam um historial de abuso físico ou sexual, enquanto no GC eram menor (42%) a percentagem que o fazia; no entanto, as diferenças não foram estatisticamente significativas entre os dois grupos, ao inverso do relato de historial de abuso físico e sexual. Ao analisarmos detalhadamente os resultados obtidos podemos perceber que existem também diferenças significativas entre os dois grupos no que diz respeito a: abuso sexual na infância; abuso sexual na infância e adultez; qualquer abuso físico; abuso físico na infância; abuso físico na adultez.

Devemos acrescentar que, para além dos dados mencionados, foram também recolhidas informações respeitantes à prevalência de perturbações do comportamento alimentar, e de abuso de drogas e de álcool nas duas amostras, tendo-se verificado haver uma maior frequência destas na FM; ainda assim, apenas o abuso de drogas demonstrou uma diferença significativa face ao GC (16% na FM e 3% no GC), sendo associado pelos autores à FM. Ao concluírem a análise dos resultados obtidos, Boisset-Pioro et al. (1995) consideram ter demonstrado a existência de uma associação estatística entre o relato de abusos e a FM, ainda que estando por provar uma relação causal entre os mesmos; segundo estes autores, o stress psicossocial decorrente dos abusos, em alguns pacientes com FM, poderia ter um papel etiológico nesta síndrome, requerendo esta possibilidade a necessidade de confirmação em estudos posteriores.

De facto, outros estudos se lhe seguiram procurando avaliar o historial de abusos nesta população. Também em 1995, Taylor, Trotter e Csuka abordaram essa temática, comparando um grupo de mulheres fibromiálgicas com um GC de mulheres sem evidências de problemas médicos relevantes. Os autores recolheram dados relativos não apenas aos abusos físicos e sexuais (incluindo o período da sua ocorrência: infância, adolescência ou adultez) mas também sobre a sintomatologia e a procura de cuidados de saúde dessa população, avaliando em que medida as hipóteses a seguir apresentadas se confirmariam: as pacientes com FM relatariam mais frequentemente abuso físico e sexual do que o GC, e aquelas que tivessem um historial de abuso físico/sexual tenderiam a referir maiores níveis de queixas somáticas e mais frequente uso do sistema de cuidados de saúde.

Os resultados obtidos apontavam para 65% de relatos de abuso sexual na FM em comparação com os 52% no GC, não havendo, no entanto, diferenças estatisticamente significativas entre os grupos no que diz respeito à prevalência e ao tipo de abuso sexual; os valores são, porém, bastante elevados nos dois grupos. Da mesma forma, segundo Taylor et al. (1995), não houve diferenças significativas entre o grupo experimental (doravante designado por GE) com FM e o GC em termos do período de ocorrência dos abusos sexuais ou dos níveis de abuso físico, ainda que esses dados não sejam apresentados. Por outro lado, as mulheres com FM mencionaram mais sintomas físicos (e.g., dificuldades de concentração, fadiga) e significativamente diferentes em múltiplos índices de saúde quando comparadas com o GC (e.g., saúde em geral, actividades sociais), com consequências significativas na procura de cuidados de

saúde (e.g., nº de visitas ao médico, cirurgias e dias de restrição de actividades). Estas diferenças também tendem a estar presentes quando os autores comparam as sub-amostras de mulheres abusadas e não abusadas com FM.

Simultaneamente, Taylor et al. (1995) sugerem que o abuso sexual em geral pode dar origem a uma maior preocupação somática ou ao desenvolvimento de problemas físicos, mas que, por outro lado, não pode ser estabelecida uma relação causal entre o abuso sexual e a FM. Em função disso, e de análises de variância que remetem para a ideia de que ter FM e um historial de abuso sexual não tende a aumentar a sintomatologia quando comparados com não ter FM e não ter sido abusado, faz com que Taylor et al. (1995), contrariamente ao estudo de Boisset-Pioro et al. do mesmo ano, defendam que o abuso sexual não parece ser um factor específico na etiologia da FM, ainda que esteja correlacionado com o número e a severidade dos sintomas desta.

Hudson e Pope (1995) foram dos primeiros investigadores a reagirem aos resultados dos dois estudos, particularmente através de um editorial em que abordam a importância das questões metodológicas na relação entre FM e vitimização. Críticos em relação à metodologia usada por Boisset-Pioro et al. (1995), Hudson e Pope defendem que o abuso físico e sexual que estes autores encontraram está mais fortemente associado com o abuso de álcool e as perturbações do comportamento alimentar do que propriamente com o diagnóstico de FM; lembramos que esses dados também tinham sido recolhidos por Boisset-Pioro et al. (1995), tendo-se verificado que o abuso de álcool estava muito significativamente correlacionado com o abuso físico e/ou sexual nos pacientes com FM, muito embora também o estivesse significativamente em todos os pacientes. Em função disso, Hudson e Pope (1995) sugerem a existência de factores genéticos associados à etiologia da FM, em função da sua relação com a sintomatologia psiquiátrica; esta posição não viria a ser confirmada por Alexander et al. (1998) que, repetindo as opções metodológicas de Boisset-Pioro et al. (1995), negam a hipótese de que a possível associação entre abuso e FM seja atribuível ao efeito de factores genéticos em função da elevada frequência de abuso de álcool e perturbações de comportamento alimentar nesta população, pois não foram encontradas prevalências elevadas dos mesmos.

Também Walker et al. se debruçam sobre estas questões num conjunto de dois artigos (1997a, 1997b); o primeiro deles aborda as perturbações psiquiátricas, o coping e o comprometimento funcional na FM, e o segundo aprofunda a questão dos maus-tratos (pelas suas características abordaremos o primeiro mais adiante no capítulo de psicopatologia, bem como a relação entre os dois estudos que também é elaborada no último; agora vamos dirigir a nossa atenção para os maus-tratos). A discrepância de resultados entre os estudos de Boisset-Pioro et al. (1995) e Taylor et al. (1995) foi atribuída por Walker et al. (1997b), em larga medida, a diferenças no desenho metodológico que limitam a interpretação dos mesmos, ainda que ambos recorram a um questionário de auto-relato baseado em itens

retirados do *National Population Survey of Canada*; não deixa de ser interessante referir que, ao contrário de Hudson e Pope (1995), que criticam o estudo dirigido por Boisset-Pioro, Walker et al. (1997b) acabam por ser mais críticos em relação à posição metodológica de Taylor et al. (1995), dando origem a duas linhas de investigação que se confrontam no que ao historial de abusos diz respeito: uns insistindo na sua existência e impacto, e outros refutando-a e remetendo para factores genéticos. Em termos gerais podemos dizer que, na actualidade, estas duas posições podem ser representadas, respectivamente, por autores como Van Houdenhove (2003) e Raphael (2006).

As duas questões metodológicas a que Walker et al. (1997b) aludem, remetem, por um lado, para as características de amostragem de cada um dos estudos e, por outro, para o carácter confidencial e sem interacção pessoal aquando da recolha de dados; sugerem com isso uma maior atenção ao desenho metodológico, à amostragem e à selecção de instrumentos. No seu estudo, Walker et al. (1997b), mesmo que ponderando essas questões, também recorrem aos cuidados de saúde terciários. Nessa investigação, os autores estabelecem como GC mulheres com AR, recorrendo a entrevistas estruturadas de histórias de vitimização física, emocional e sexual, bem como a instrumentos de auto-relato sobre a severidade da vitimização. Os resultados do estudo apontam para que, em comparação com a AR, as pacientes fibromiálgicas tenham uma mais significativa prevalência de abuso físico e sexual ao longo da vida (qualquer abuso; abuso físico na infância e adultez; abuso sexual na infância e adultez). Uma análise em separado dos dois períodos de vida, permite perceber que apenas o abuso sexual na infância não remete para diferenças significativas entre os dois grupos. Uma questão interessante que decorre da metodologia usada por estes autores diz respeito ao facto de terem utilizado dois instrumentos diferentes para recolher os dados relativos aos acontecimentos de vida, nomeadamente o *Childhood Trauma Questionnaire* (doravante designado por CTQ), do qual identificam valores médios, e a *Child Maltreatment Interview* (doravante designado por CMI), que remete para a prevalência. Os resultados do primeiro demonstram diferenças significativas entre os dois grupos em relação aos cinco tipos de maus-tratos, à excepção da negligência física, inclusive no abuso sexual na infância – particularmente os valores da negligência psicológica e abuso psicológico no CTQ são bastante significativos revelando, pela primeira vez, algo que não tinha sido ponderado, a ideia de que podem ser o abuso e negligência psicológicas, mais que físicas, a estar associadas à FM. Contudo, os resultados do abuso sexual na infância apresentados no CTQ e no CMI foram conflituantes, uma vez que no CMI, as diferenças não eram significativas face ao GC. Naturalmente que os valores são muito próximos, podendo não colocar em causa as conclusões dos autores, uma vez que se verifica uma tendência nos dados da CMI, no entanto, isso remete-nos para o impacto que a utilização de diferentes instrumentos pode ter nos resultados obtidos, uma das questões metodológicas que também Walker et al. (1997b) destacavam inicialmente. Em termos de futuro, a utilização de dois instrumentos para recolha do “mesmo tipo de dados” pode ser uma forma de

compreender se há discrepâncias no que estamos realmente a avaliar, sendo fundamental perceber qual o construto avaliado pelo instrumento.

Por outro lado, Walker et al. (1997b) sugeriram que, no seu conjunto, os maus-tratos na infância são um factor de risco para a FM, muito embora individualmente isso não aconteça, inclusive com o abuso sexual; esta associação conjunta ao grupo de diagnóstico foi tão significativa que permitiria classificar correctamente 70% dos pacientes como tendo FM ou AR. Em relação aos abusos na idade adulta, também o abuso físico e sexual no seu conjunto estão significativamente associados com o grupo de diagnóstico, permitindo uma acurácia de classificação de 80%. Face ao exposto, Walker et al. (1997b) concluem que a vitimização é um factor de risco para a FM, desempenhando um papel importante no desenvolvimento e manutenção da FM, particularmente o abuso físico na idade adulta. Da mesma forma, em função da relação entre os dados dos dois estudos (1997a; 1997b), os autores indicam existir uma relação entre os maus-tratos e o comprometimento funcional nestes pacientes, com impacto numa maior procura de cuidados de saúde.

A relação latente entre o abuso físico e sexual e o recurso aos cuidados de saúde em pacientes com FM voltou a ser uma preocupação dominante no ano imediatamente a seguir (Alexander et al., 1998). Os autores, no seguimento das investigações de Hudson e Pope (1995) e de Walker et al. (1997a e 1997b) assumem também um outro objectivo de investigação, o aprofundamento da relação entre a FM e a sintomatologia psiquiátrica. Confrontados com os estudos anteriores que procuravam averiguar da existência de diferenças significativas entre duas amostras em relação aos abusos físicos e sexuais, estes autores não o fazem, optando por apenas analisar os dados relativos à prevalência destes na FM. À semelhança de Boisset-Pioro et al. (1995) seguem os critérios usados por Drossman et al. (1990) para as perturbações gastrointestinais. Os resultados obtidos numa amostra de 75 mulheres de uma clínica reumatológica apontam para 57% das pacientes com relatos de um ou mais episódios de abuso físico e/ou sexual na sua vida; dessas, 63% referem apenas abuso sexual, 7% apenas abuso físico e 30% os dois tipos de abuso. Em termos de período de vida, 47% referem a sua ocorrência apenas na infância, 20% na idade adulta e 33% em ambas. Os resultados obtidos em termos de prevalência são semelhantes aos de estudos anteriores para a FM, à excepção dos resultados de Walker et al. (1997b) que são bastante mais elevados; por outro lado, também são semelhantes relativamente aos obtidos por Drossman et al. (1990) para as perturbações gastrointestinais, o que nos coloca uma questão: Estará o abuso físico e sexual apenas associado aos pacientes com FM? Mesmo considerando a comorbilidade entre as perturbações gastrointestinais e a FM estamos a falar apenas de uma parte reduzida desta população. De alguma forma, os resultados de Alexander et al. (1998) também sugerem que o abuso físico/sexual esteja mais relacionado com a procura de cuidados de saúde na condição de dor crónica do que propriamente com a FM; Alexander et al. (1998) acentuam que essa maior procura de cuidados de saúde nas mulheres

abusadas está patente também num outro resultado deste estudo: as mulheres abusadas tendiam a exagerar as suas queixas de dor nas tarefas laboratoriais de percepção da mesma, e a relatar os estímulos do dolorímetro como dolorosos independentemente das suas intensidades.

Segundo Raphael et al. (2001), alguma literatura aponta exactamente para uma associação entre um historial de trauma e a procura de cuidados de saúde (e.g., Aaron et al., 1997; Alexander et al. 1998; Talley et al., 1997), mas isso não significa que haja uma associação do abuso físico ou sexual com a evolução dos sintomas. A este respeito, também Quartilho (1999) acentua que, em determinado momento da evolução da FM, os sintomas “ganham autonomia clínica e ‘esquecem’ os respectivos antecedentes biográficos” (p. 407). Esta ideia remete para a hipótese de uma certa autonomia dos sintomas face aos AVN, em particular no que se refere a dois dos sintomas mais marcantes desta síndrome, a dor e a fadiga. Um dos motivos apresentado para alguns dos resultados que contrariam esta ideia é o tipo de amostragem utilizado, assente em amostras de pacientes com grande procura de cuidados de saúde e que podem não ser representativas da FM (Raphael et al., 2001).

Numa investigação exploratória com 91 pacientes com dor, dos quais apenas 17 tinham FM, Goldberg, Pachas e Keith (1999) estudaram a relação entre diversos acontecimentos traumáticos na infância e as condições de dor crónica. Os autores encontraram na FM valores de abuso físico ou sexual na infância (65%) superiores às outras condições de dor crónica analisadas; outros valores que se destacaram na FM foram os referentes a doenças na infância (76%) e a conflitos familiares como separações e divórcios (65%), ainda que o abuso de álcool e droga na família apresentasse níveis mais baixos do que as restantes condições de dor crónica; esclarecemos, no entanto, que Goldberg et al. (1999) não tiveram como objectivo avaliar cada uma das condições de dor crónica em separado, mas o seu conjunto, pelo que as suas conclusões remetem exactamente para isso. Essas conclusões sugerem que ser mulher e ter um parente alcoólico são dois dos mais poderosos preditores de se pertencer a uma condição de dor crónica, devendo a relação muitas vezes estabelecida entre o abuso na infância e a dor crónica ser atribuída, em parte, ao abuso de álcool e drogas na família. Os resultados obtidos sugerem que o problema do abuso na infância é mais profundo e vasto do que a possível existência de abuso físico e/ou sexual, podendo o ambiente familiar desempenhar um papel essencial na forma como os pacientes encaram a insegurança e vulnerabilidade associadas ao quadro de dor. Em 2000, Goldberg voltaria a esta temática, juntamente com Goldstein, para confirmar estes resultados na condição de dor crónica.

No seu conjunto, estes estudos reforçam as conclusões do estudo de Mikail, Henderson e Tasca (1994), segundo o qual a avaliação psicossocial de pacientes com dor crónica deve incluir o tipo de vinculação, e considerar que a maioria destes pacientes apresenta padrões de vinculação de tipo inseguro. Estes dados, de natureza mais clínica e teórica que empírica, foram confirmados por Hallberg e Carlsson (1998) num estudo qualitativo anteriormente referido junto de 22 mulheres com FM: estas apresentavam

histórias de vida traumáticas caracterizadas por perdas precoces, elevadas responsabilidades desde muito cedo, problemas sociais na família e sentimentos de desamparo e desesperança decorrentes dos mesmos. Isso remete, de acordo com os autores, para uma vinculação insegura na infância. Contudo, estes resultados foram recentemente postos em causa por um estudo de Govender, Cassimjee, Schoeman e Meyer (2009) sobre a prevalência da vinculação segura na FM (52%); estes investigadores afirmam que há um conjunto muito alargado de pacientes fibromiálgicos que não têm uma vinculação insegura e que não podem deixar de ser considerados nesta população. De qualquer forma, a investigação de Govender et al. (2009) não desmente a necessidade de que o tipo de vinculação seja um dos elementos a analisar na história pessoal destes pacientes, podendo acontecer que, numa parte considerável deles, e tal como formulam Van Houdenhove e Egle (2004), uma vinculação insegura possa ser um dos factores psicossociais que conduzem a um enfraquecimento do sistema de resposta ao stress.

Esta perspectiva mais abrangente de vulnerabilidade psicossocial associada à FM, alargando o seu estudo a diversos AVN e não exclusivamente aos abusos sexuais e/ou físicos, adquiriu uma outra dimensão com a proposta de investigação de McBeth, Macfarlane, Benjamin, Morris e Silman (1999). Este estudo constitui, por uma diversidade de razões, um marco importante na avaliação dos factores de risco associados à FM, nomeadamente em relação aos AVN. Antes de mais devido ao facto de ser o primeiro estudo a recorrer a uma amostra da população geral em vez de pacientes dos cuidados de saúde secundários e terciários, evitando-se alguns enviesamentos de amostragem; neste sentido, a investigação de McBeth et al. (1999) pondera, pela primeira vez, aquando da selecção da sua amostra, aquela que é uma das críticas mais apresentadas por Raphael (e.g., 2006) em relação à proposta de trauma associado à FM.

Simultaneamente, neste estudo, McBeth et al. (1999) cruzaram também pela primeira vez os dados relativos aos AVN na infância com a identificação de pontos-dolorosos nesses pacientes, um dos critérios de diagnóstico da FM, percebendo em que medida existe uma associação entre ambos, bem como a sua relação com os processos de somatização e de procura de cuidados de saúde; os dados relativos aos AVN examinavam 14 diferentes tipos de experiências adversas até aos 16 anos. De acordo com os resultados obtidos junto de 289 indivíduos (99 com ≥ 5 pontos-dolorosos e 190 com < 5), um maior nº de pontos-dolorosos (≥ 5) está associado a relatos de experiências adversas na infância, em particular a separação ou morte de familiares e os abusos, sendo estes últimos os melhores preditores de um maior nº de pontos-dolorosos. Surpreendentemente, através de um instrumento que avalia a qualidade dos cuidados e a sobreprotecção (*Parental Bonding Instrument*), verificou-se que as mulheres com um maior nº de pontos-dolorosos tendem a não relatar nem falta de cuidados maternos nem uma sobreprotecção, ainda que percebam o pai como mais distante relativamente ao cuidado mantido. Por outro lado, um maior nº de pontos-dolorosos estava também associado a níveis mais baixos de auto-

cuidado, um maior nº de sintomas somáticos, a fadiga e um aumento na procura de cuidados de saúde, conducente à ideia de que estes pacientes tendem a ter um comportamento de doença.

A investigação levada a cabo por McBeth et al. (1999) encerra, obviamente, limitações decorrentes do seu carácter transversal que não permitem estabelecer uma causalidade entre as variáveis analisadas, no entanto os dados apontam para a possibilidade de haver um impacto das características de somatização, do comportamento de doença e de alguns AVN, nomeadamente abusos e perdas afectivas, no desenvolvimento da FM. Uma das naturais objecções a este estudo diz respeito à falibilidade do processo de diagnóstico da ACR que poderia gerar uma inadequada classificação dos sujeitos, ou ao facto de um dos critérios de diagnóstico da FM ser a existência de pelo menos 11 pontos-dolorosos, e neste caso terem criados dois grupos com base na diferenciação de terem mais ou menos de 5 pontos-dolorosos. Relativamente à primeira questão essa é uma objecção que pode ser feita em todos os estudos que fazem uma verificação do diagnóstico, podendo ser eventualmente mais criticável se esta não for feita. O processo de diagnóstico continua a ser alvo de muitas críticas, o que levou Wolfe et al. (2010) a apresentarem recentemente uma nova proposta para os critérios diagnósticos de FM; o diagnóstico de FM continua a ser, para muitos profissionais, um diagnóstico de exclusão. Quanto à segunda objecção, McBeth et al. (1999) defendem que foram encontradas associações no presente estudo entre os resultados obtidos para os indivíduos com ≥ 5 e com ≥ 11 pontos-dolorosos. Independentemente disso, no seu conjunto, este estudo apresenta resultados particularmente significativos, muito embora não estejamos a referir-nos especificamente a uma amostra de fibromiálgicos; se considerarmos, por outro lado, que estamos a referir-nos a uma amostra constituída também por homens, que tendem a mencionar menos abusos do que as mulheres, nomeadamente sexuais, então percebemos a sua relevância.

A temática do abuso sexual associado à FM tem sido repetidamente abordada, ainda que os seus resultados se apresentem como contraditórios. Os dois próximos estudos são disso exemplo (Finestone et al., 2000; Van Houdenhove et al., 2001a). Finestone et al. (2000), ao investigarem a associação entre dor crónica, procura de cuidados de saúde e historial de abuso sexual na infância, verificaram que uma grande maioria (69%) das mulheres que tinha esse historial relatava uma condição de dor crónica por um período de mais de 3 meses, em comparação com os 43% do conjunto dos dois GC utilizados – um constituído por pacientes da consulta externa de psiquiatria, com o objectivo de controlar um potencialmente confuso historial psicológico e o comportamento de procura de cuidados de saúde, e o outro por enfermeiras, uma amostra não clínica de conveniência de mulheres com idade semelhante. Em termos de diferenças entre os grupos constatou-se também que o estatuto socioeconómico nas enfermeiras era superior ao dos restantes grupos, o que, sabendo-se do carácter preditivo deste em diversos indicadores de saúde, pode ter tido influência nos resultados obtidos (Finestone et al., 2000). Por outro lado, algumas questões interessantes se podem verificar com este estudo, sendo de destacar, mais

uma vez, o recurso a uma amostra não específica de FM – neste caso partindo de uma amostra de pacientes acompanhados num programa terapêutico por abuso sexual na infância. Da mesma forma, uma outra questão se pode colocar em relação à opção discutível por um GC constituído por enfermeiras, uma vez que esta população tende a apresentar um carácter cuidador associado a parte dos pacientes com FM; a própria celebração do dia mundial da FM (12 de Maio) foi atribuída ao dia de aniversário de Florence Nightingale (1820-1910), uma das pioneiras na moderna enfermagem. A este respeito mencionamos ainda que não se verificaram diferenças significativas nas menções a dor crónica actual entre as mulheres abusadas e o GC das enfermeiras, contrariamente ao constituído por pacientes psiquiátricos, o que permite extrapolações diversas. No entanto, independentemente das limitações inerentes a este estudo (como existem em todos), verificamos que as mulheres que têm um historial relatado de abuso sexual mencionam um maior nº de áreas corporais dolorosas, mais dor difusa e, de destacar, mais diagnósticos de FM; contudo, no GC de enfermeiras e de pacientes psiquiátricos existiam também casos de FM diagnosticada, um em cada. Confirma-se ainda algo que tem sido claro em praticamente todos os estudos, as mulheres abusadas apresentam uma maior procura de cuidados de saúde (cirurgias; hospitalizações; visitas ao médico de família).

Contrariamente ao estudo anterior, Van Houdenhove et al., no ano seguinte e num estudo controlado em que compararam uma amostra de pacientes com FM e SFC, com dois GC constituídos por indivíduos com AR/EM e sem historial médico significativo, constataram que, à excepção do abuso sexual, várias formas de vitimização estavam significativamente mais presentes no grupo experimental. Verificou-se existir também uma muito significativa prevalência de valores gerais de vitimização quando se comparava o GE com os restantes (64% em comparação com 42% na AR/EM e 49% no outro). Em função da inexistência de diferenças significativas entre os grupos no que respeita ao abuso sexual, Van Houdenhove et al. (2001a) consideram que este não deve ser encarado como uma forma de vitimização particularmente associada à FM. Os autores discutem este resultado citando investigação que remete para a hipótese de o abuso sexual estar maioritariamente associado a sintomas gastrointestinais (e.g., Drossman et al., 1990) ou a dor pélvica (e.g., Walker & Stenchever, 1993), devido à proximidade anatómica e emocional relacionada com as partes do corpo envolvidas. Uma recente meta-análise de Paras et al. (2009) também apontou para esta ideia, revelando a existência de associações estatisticamente significativas entre o abuso sexual e as perturbações funcionais gastrointestinais (5 estudos) e a dor pélvica crónica (10 estudos); acontecia o mesmo quando se restringia o abuso sexual à condição de ser violado.

Por outro lado, os baixos valores de prevalência encontrados para o abuso sexual também devem ser ponderados à luz de outras questões: o facto de estarmos a incluir no GE não apenas a FM mas também a SFC acaba por ter consequências, não apenas porque estamos a tratar como semelhante o que é

diferente, mas principalmente porque isso leva à inclusão de 22% de homens na amostra, e estes, de acordo com estudos citados, tendem a apresentar uma menor prevalência de abusos, principalmente sexuais. Muito embora os autores não nos refiram as percentagens destes em cada uma das síndromes, somos tentados a considerar que a grande maioria terá SFC em função da dificuldade em garantir uma amostra masculina com FM. Ainda assim, segundo Van Houdenhove et al. (2001a), não existem diferenças significativas entre os dois subgrupos em relação às formas de vitimização, impacto emocional ou outros aspectos contextuais, o que nos garante alguma segurança face a esta questão. Esta preocupação com a representatividade da amostra foi também apresentada por Finestone et al. (2000) como uma das possíveis limitações do seu estudo, uma vez que as mulheres abusadas sexualmente que entram para um grupo terapêutico podem não ser representativas de todas as mulheres com um historial de vitimização sexual, podendo essa procura de ajuda ser considerada um marcador essencial da exacerbação da dor e de incapacidade para enfrentarem sozinhas essa questão.

Van Houdenhove et al. (2001a) dirigem a sua atenção não apenas para o abuso sexual, mas para a prevalência e o impacto de cinco formas de maus-tratos, excluindo a negligência física das tradicionais cinco formas maus-tratos e também as adversidades (negligência emocional – 48% de prevalência; abuso físico – 23%; abuso emocional – 38%; abuso sexual, distinguindo entre as situações em que houve contacto – 10% – ou não – 20%); no que se refere ao impacto emocional houve diferenças significativas entre grupos nas cinco formas de vitimização analisadas à excepção do abuso sexual com contacto. A vitimização seria particularmente significativa no que se refere à negligência emocional, abuso emocional e físico. Os autores compararam também a prevalência nos três grupos em três diferentes períodos da vida dos indivíduos: infância (< 14 anos) com 14% na FM/SFC; idade adulta com 12%; ao longo de toda a vida com 39%. Verificaram que existem significativamente mais indivíduos com FM/SFC no grupo “ao longo da vida”. Este resultado aponta para a possibilidade de os maus-tratos nesta população tenderem para um processo continuado e que se repete em diferentes momentos das suas histórias de vida. Esta é das conclusões mais surpreendentes deste estudo e particularmente se considerarmos que isso acontece significativamente na família de origem e que, em 69% dos casos, é o parceiro o perpetrador. Da mesma forma, volta a destacar-se a ideia de que a vitimização nesta população pode não se apresentar sob uma forma específica de abuso, mas como uma experiência global onde coexistem sentimentos de desamparo e impotência na relação com os repetidos e continuados processos de negligência, violência, inadequados limites familiares e imprevisibilidade face a uma incapacidade para gerir o impacto emocional dos mesmos.

Um dos primeiros estudos a mencionar esta possibilidade foi uma investigação realizada por Anderberg et al. (2000) e que não tem sido mencionada por Raphael e colaboradores nas diversas revisões de literatura realizadas, em função dos critérios adoptados. Nesse estudo, os autores não

encontraram resultados significativos na diferença entre grupos (FM; GC sem dor crónica e depressão) em relação à frequência de nenhum acontecimento em particular, à exceção do *bullying*. No entanto, durante a infância e adolescência, metade das mulheres com FM experimentavam pelo menos um AVN em contraste com um quarto do GC, sendo as prevalências mais elevadas nos seguintes tipos de AVN: conflito com pais (30%), abuso físico ou psicológico (28%), morte de um amigo próximo ou familiar (28%), morte de um dos pais (23%). Por curiosidade o abuso sexual teve uma prevalência de 8% e a negligência de 18%. Em termos do impacto desses AVN da infância e adolescência, os resultados são semelhantes, uma vez que metade da amostra com FM experimentara os mesmos como muito negativos em comparação com apenas um quarto do GC.

Um outro aspecto deste estudo é o resultado obtido quando as mulheres foram questionadas sobre os AVN durante o último ano: 10% mencionam abuso psicológico ou físico, 30% morte ou acidente de familiar próximo, 33% problemas financeiros e 53% a existência de pelo menos um AVN. Por outro lado, pensamos que devemos destacar, pelos seus elevados valores de prevalência, o apoio a um familiar próximo ou amigo (30%, o dobro do GC), ainda que não haja diferenças significativas entre grupos; no entanto, é significativo que mulheres com um deteriorado estado de saúde, e o comprometimento funcional muitas vezes presente na FM continuem a manter o carácter cuidador anterior à ocorrência da síndrome. Também em relação ao impacto dos AVN do último ano, cerca de metade das mulheres com FM consideram estes como significativamente mais negativos em comparação com o GC. Uma das características interessantes da investigação de Anderberg et al. (2000) é terem considerado também os acontecimentos de vida positivos, muito embora não tenham obtido resultados significativos na comparação entre grupos.

Em função do exposto, percebemos como vários estudos têm vindo a colocar em causa uma possível associação entre um tipo específico de maus-tratos e a FM, bem como a sua possível circunscrição à infância e adolescência. Mais recentemente, Castro et al. (2005), ao compararem, numa clínica de doenças reumáticas da Guatemala, um grupo de mulheres com FM e diversos GC viriam a confirmar a ideia de que, considerando a duração do abuso (de 1 a 10 anos), os processos de vitimização na FM têm um carácter prolongado que se estende para além da infância e adolescência, sendo os principais perpetradores a família de origem (61%) e o parceiro (29%) – em ambos com muito significativas diferenças face a todos os GC. De facto, este estudo de caso-controlo aponta para valores de abuso na FM mais elevados na idade adulta (59%) em comparação com a infância (37%) e adolescência (5%), havendo diferenças estatisticamente significativas face a alguns GC no caso da infância e idade adulta. Esse historial de abuso ocorre em 71% da amostra de FM em comparação com 35% na AR, 42% nas doenças reumáticas de tecido mole e 15% no “saudável”, demonstrando a existência de valores de prevalência bastante mais elevados nesta população. Se considerarmos o tipo de abuso, constatamos que

43% da amostra com FM foi abusada fisicamente e 10% sexualmente, apresentando esses resultados diferenças significativas face a todos os outros grupos. Os abusos verbais (de características semelhantes ao abuso psicológico) têm valores menos significativos que os restantes grupos, o que pode resultar também de uma desvalorização dos mesmos em comparação com o abuso físico e sexual – o questionário relativo aos abusos é apresentado pelos investigadores no próprio artigo.

Contudo, uma das grandes notas de destaque deste estudo diz respeito a uma ideia que se tem vindo, de alguma forma, a consolidar em relação à FM, os abusos nesta população têm um carácter mais vasto e prolongado no tempo, podendo existir desde a infância um quadro conflituoso e ameaçador que conduz ao não desenvolvimento de factores protectores que tornem estes indivíduos suficientemente resilientes para transformarem um passado traumático num mais seguro e saudável futuro (Castro et al., 2005). Já antes destes autores, em 2003, Imbierowicz e Egle, investigadores próximos de Van Houdenhove, apontavam em parte para estes resultados; uma das conclusões centrais desse estudo remete para o carácter cumulativo e abrangente das experiências traumáticas na infância e adolescência da população com FM que, no seu conjunto e em combinação com estratégias de *coping* ineficazes, estariam associadas à etiologia desta síndrome. Estes autores encontraram bases empíricas para defender a existência nestes pacientes de uma história de vida onde abundariam exemplos de uma fraca relação emocional com ambos os pais, fortes sentimentos de insegurança, negligência física e experiências de violência física não apenas entre os pais, mas também no seu próprio corpo; estes dados resultam da procura de diferenças significativas entre a amostra de FM e o GC constituído por pacientes com síndromes de dor crónica medicamente explicadas (i.e., segundo os autores, primariamente determinados em termos nociceptivos e neuropáticos). No entanto, Imbierowicz e Egle (2003) compararam também a amostra fibromiálgica com uma outra de indivíduos a quem foi diagnosticada uma perturbação somatoforme de dor (doravante designada por SOM), nomeadamente dor não explicada medicamente nas costas, braços e pernas. E, face a isso, os resultados tornam-se menos concludentes, uma vez que apenas se notam diferenças significativas entre os dois grupos no que se refere a negligência física, sentimentos de insegurança – comuns com o GC – bem como em relação a separação ou divórcio dos pais antes dos 15 anos. Contrariamente a algumas suposições e outras investigações empíricas, não foram encontrados dados que suportem nesta população significativos relatos de mortes parentais, doenças físicas ou mentais dos pais, abuso de substâncias na família ou dificuldades financeiras antes dos 7 anos.

Uma das formas de abuso que teve resultados significativos neste estudo, algo que veio a ser confirmado também por Castro et al. em 2005, e que entendemos analisar separadamente é o abuso sexual, uma vez que voltam a levantar essa possibilidade, contrariamente a Van Houdenhove et al. (2001a). Em comparação com o GC, a amostra de FM apresenta valores muito mais elevados de abuso sexual até aos 15 anos (11% na FM, 0% no GC), o que não acontece com a SOM que tem até valores

mais elevados (16%). Estes resultados podem, no entanto, ser questionados face a uma das limitações desta investigação: o GC era constituído por uma percentagem muito maior de sujeitos masculinos (64% versus 26% na FM e 30% na SOM), o que tende a ter implicações na prevalência de maus-tratos e adversidades específicas, e particularmente no abuso sexual. Os valores relativos ao abuso sexual podem ainda ser menos significativos na FM se constatarmos que o grupo com SOM tem resultados mais elevados que o de FM; isto pode apontar para a hipótese de o abuso sexual poder estar associado a alguns indivíduos com FM e com SOM, mas não necessariamente tomar-se isso como uma generalização. Por outro lado, a prevalência de abuso sexual (11%) neste estudo é semelhante aos resultados de Castro et al. (2005), na ordem dos 10%, e que, segundo estes, são valores bastante baixos em relação aos relatados nos primeiros estudos realizados (e.g., Boisset-Piolo et al., 1995; Taylor et al., 1995; Walker et al., 1997b). Muito embora Castro et al. (2005) chamem à atenção para limitações no seu estudo realizado na Guatemala que tenham diminuído os auto-relatos de abuso sexual (nomeadamente aspectos de ordem étnica e/ou cultural dessa população), várias investigações recentes têm confirmado uma menor prevalência de abuso sexual em comparação com os primeiros estudos, inclusive este de Imbierowicz e Egle (2003).

Neste sentido, entendemos que os resultados da investigação de Imbierowicz e Egle (2003) devem ser ponderados mais sob uma perspectiva de adversidade global do que em função de AVN específicos, uma vez que, através da criação de um valor global de experiências adversas na infância que pondera 14 factores de risco, os autores verificaram existirem mais frequentes e/ou mais severas experiências de adversidade na infância na FM quando comparado com o GC ($M \pm DP$, 376 ± 246 na FM, 203 ± 183 no GC); inclusive depois de ponderada a distribuição de género nas duas populações. Contudo, mesmo nesse valor geral de adversidades percebemos que o desvio-padrão na FM é bastante mais elevado, superior até à média do GC, o que nos permite questionar a existência dessas adversidades de forma geral nesta população, a que acresce a inexistência de diferenças significativas nesse valor em relação ao grupo SOM. Autores como Raphael et al. (2004a) levantam uma questão pertinente em relação ao estudo na sua globalidade, e que diz respeito a algo por nós já mencionado em relação ao abuso sexual – uma ameaça à validade interna da investigação de Imbierowicz e Egle (2003) face à composição de género não ser semelhante em todos os grupos. Segundo Raphael et al. (2004a) citando outros suportes empíricos, o abuso sexual tem maior prevalência nas mulheres (Finkelhor, 1994) e estas tendem a ser mais vulneráveis ao aparecimento de stress depois do trauma (Gavranidou & Rosner, 2003), motivo pelo qual questiona a distribuição de género no GC e na FM do estudo de Imbierowicz e Egle (2003), bem como os seus resultados. O que Raphael et al. (2004a) não mencionam é a também existência de diferenças significativas nos dois grupos que têm composição de género semelhante (FM e SOM) no que se refere a negligência física, sentimentos de insegurança e separação ou divórcio dos pais,

apontando esses aspectos para processos de vinculação difíceis e adversidades mais gerais. Por outro lado, esses mesmos argumentos poderiam justificar o facto de haver uma maior prevalência de mulheres com FM, fortalecendo a posição dos que defendem a hipótese do trauma.

As críticas de âmbito metodológico que têm sido repetidamente expressas por Raphael e colaboradores em relação à investigação do abuso traumático na FM (e.g., Raphael, 2006) e na dor crónica (e.g., Raphael et al., 2004a) acabam por ser justificadas, em larga medida, pela sua oposição a duas opções de investigação que influenciam os resultados obtidos: o recurso a amostras de cuidados de saúde secundários/terciários conducente a enviesamentos de amostragem; e a avaliação retrospectiva dos abusos, marcada não apenas por enviesamentos de memória.

Seguindo as suas próprias propostas metodológicas, Raphael, juntamente com outros investigadores (Ciccone, Elliott, Chandler, Nayak & Raphael, 2005), acaba por apresentar um estudo que recorre a uma amostra comunitária no sentido de testar a hipótese de trauma na FM. Tendo por base uma amostra anteriormente criada na qual as condições de saúde a controlar eram a depressão e a FM, a amostra experimental utilizada era constituída por mulheres que tinham FM sem e com historial de Perturbação Depressiva Major (doravante designada por PDM), face a um GC sem FM mas com possibilidade de ter PDM. Segundo os autores, os participantes podiam ser incluídos no GC caso não cumprissem os seguintes critérios: não terem dor nos 4 quadrantes do corpo e terem menos de 11 pontos-dolorosos. Por esse motivo, o GC não era constituído por mulheres sem dor, mas apenas por aquelas que não cumpriam estes critérios próximos dos da ACR; pela nossa parte acrescentamos que podemos estar a incluir neste grupo mulheres com 10 pontos-dolorosos e dor nos 4 quadrantes do corpo, o que não cremos que seja particularmente diferente de alguém com 11 pontos-dolorosos e que seria incluído no GE.

Se tivermos em linha de conta a dificuldade de diagnóstico associada à pressão dos pontos-dolorosos e todas as críticas aos critérios da ACR, ainda mais se levanta a questão da possível falta de discriminação do GC em relação ao experimental; acresce a isto que Ciccone et al. (2005) elaboram um estudo de caso-controlo, no qual se toma determinada variável como provavelmente associada a um determinado grupo em função de diferenças significativas entre eles, o que nos leva a dizer que, se compararmos o que é próximo, serão provavelmente menores as diferenças que encontramos. No entanto, esta nossa objecção pode ser contrariada pelo facto de, segundo os autores, existirem diferenças significativas entre os dois grupos no que respeita aos níveis de dor e de comprometimento funcional. Ainda assim, Ciccone et al. (2005) encontraram valores que apontam para que as mulheres com FM têm uma possibilidade 3.1 vezes superior de serem abusadas sexualmente, nomeadamente por violação; a prevalência de qualquer tipo de abuso sexual nesta população foi, contudo, bastante elevada (44%), ainda que as diferenças para o GC não tenham sido significativas (42%), o que não surpreende face à possibilidade de existir uma reduzida discriminação entre grupos. Simultaneamente não foram

encontrados resultados significativos em outros tipos de abuso, contrariando estudos anteriores que reportam uma prevalência dos mesmos nesta população (Boisset-Pioro et al., 1995; Walker et al., 1997b; Imbierowicz & Egle, 2003). A prevalência de abuso físico (42%) e de abuso físico ou sexual (60%) devem, no entanto, ser ponderados face aos seus valores elevados, ainda que não tenham sido significativos na comparação entre grupos. Uma nota interessante refere-se ao facto das mulheres com FM que foram abusadas sexualmente se sentirem significativamente mais ameaçadas, o que remete ou para uma maior intensidade do abuso cometido ou para uma maior fragilidade da vítima. Contudo, a severidade dos abusos não apresentam valores significativos, motivo pelo qual nos inclinamos para a existência de uma maior vulnerabilidade destas mulheres para fazer face à adversidade e aos maus-tratos; se ela decorre apenas de aspectos biológicos como aponta Raphael (e.g., 2006), isso é outra questão.

Os resultados mencionados até ao momento referem-se apenas aos abusos ao longo da vida, não havendo quaisquer resultados significativos em nenhum tipo de abuso quando restringimos a análise ao período até aos 16 anos. Da mesma forma, verificamos que os valores de abuso sexual (27%), de abuso físico (27%) e de abuso físico ou sexual (42%) antes dos 16 anos, quando comparados com os resultados durante toda a vida, indicam que grande parte dos abusos são cometidos depois dessa idade, o que nos permite formular a possibilidade de que os abusos na FM, a existirem, têm um carácter continuado ao longo da vida destes indivíduos, tal como perspectivam Van Houdenhove et al. (2001a). Por outro lado, e contrariamente a Van Houdenhove et al. (2001a), volta a colocar-se a questão relativa à presença de abuso sexual nesta população, na medida em que Ciccone et al. (2005) referem que estes resultados, consubstanciados em valores de uma amostra comunitária, indicam que a violação é um factor de risco para a FM. No entanto, esta relação seria mediada pela existência de stress crónico decorrente de PPST nesta população, ao inverso da muitas vezes considerada PDM; estes resultados decorrem dos elevados valores de PPST (com diferenças significativas face ao GC) e PDM (sem diferenças significativas) – os valores de PDM nem são muito surpreendentes se considerarmos que em ambas as amostras existiam, à partida, um número semelhante de casos com historial de PDM, variável não controlada inicialmente no que se refere à PPST⁴. De qualquer forma, os autores levantam uma questão que pode ser fundamental em futuras investigações, a possibilidade de que os abusos, nomeadamente a violação, não tenham um impacto directo na saúde destes pacientes, mas que sejam mediadas pela sintomatologia psiquiátrica, neste caso através do stress e ansiedade associados à PPST.

Contudo, o estudo de Ciccone et al. (2005), ainda que tendo por base uma amostra não clínica e controlando a depressão, continua a enfermar das limitações inerentes às investigações retrospectivas, como os próprios autores reconhecem. Nesse sentido, mesmo que procurando controlar duas das

⁴ Os dados relativos a esta questão serão aprofundados no capítulo sobre a sintomatologia psiquiátrica.

limitações metodológicas associadas à investigação do trauma na FM, nomeadamente o enviesamento de amostragem e a recordação congruente com o humor, continuam a colocar-se objecções referentes ao enviesamento de memória decorrente do carácter retrospectivo do estudo. A preocupação com a avaliação retrospectiva dos abusos tem sido expressa em diversos artigos por Raphael (e.g., Raphael, 1987; Raphael & Cloitre, 1994), mesmo antes de direccionar a sua atenção para a FM em particular. Segundo Raphael et al. (2004a), até 2004, apenas dois artigos tinham aprofundado através de estudos prospectivos a relação entre abuso na infância e dor na idade adulta – uma investigação de Linton (2002), exclusivamente sobre a dor de costas e baseada em auto-relatos na qual identificam várias limitações (mesmo assim o autor chega à conclusão de não haver uma associação entre as variáveis), e uma outra levada a cabo pela autora junto com outros colaboradores (Raphael et al., 2001).

Nesta primeira investigação de carácter prospectivo, Raphael et al. (2001) pretendem determinar em que medida a ocorrência de processos de vitimização na infância (<11 anos) aumenta o risco de sintomatologia de dor na idade adulta; para esse efeito recorrem a 676 casos documentados em tribunal de abuso e negligência, comparando-os com um GC de indivíduos demograficamente equivalentes e que foram acompanhados até à idade adulta. Começando por apresentar uma revisão de diversos estudos que recorrem a amostras comunitárias para avaliar a relação entre os abusos na infância e a dor na idade adulta, na qual se verifica a existência de resultados que apontam para uma elevação das queixas de dor depois da ocorrência de abusos, Raphael et al. (2001) formula aquela que é uma das suas críticas à literatura existente: todos estes estudos recorreram a auto-relatos retrospectivos. Nesse sentido, Raphael et al. (2001) não se limitam à análise dos casos documentados, recolhendo também os auto-relatos de abusos dos indivíduos do GE, e verificando em que medida estes podem estar relacionados com as cinco medidas de dor usadas (“*pain symptom counts*”, “*pain problem counts*”, “*problem percent*”, “*pain illness counts*”, “*unexplained pain counts*”). Uma outra variável que se procurou controlar foi a existência de diagnósticos de PDM na história de vida dos sujeitos. Surpreendentemente, enquanto os resultados retrospectivos confirmam a maioria da literatura existente, os valores documentados de um historial de abuso não têm qualquer associação significativa com nenhuma das medidas de dor usadas; foi apenas detectada uma tendência para uma possível associação com a medida “*pain problem counts*”, que inclui queixas de dor que causam interferência na vida diária ou procura de cuidados de saúde, mas que, no entanto, deixou de existir depois do controlo de determinadas variáveis. Uma outra conclusão que se revelou particularmente interessante foi o facto de o abuso físico estar associado com queixas de dor não explicadas medicamente apenas entre os indivíduos que não tinham historial de PDM; isto sugere o papel mediador da depressão em todo o processo, algo a que aludiremos no capítulo referente à psicopatologia.

No entanto, e tal como acontece em todos os estudos, também este teve algumas limitações que podem ter condicionado os resultados obtidos. Tal como é referido por Raphael et al. (2001), as

diferenças entre os grupos podem ter sido atenuadas pela presença de indivíduos com abusos não documentados no GC. Por outro lado, torna-se claro que estamos perante um estudo que tem uma abrangência maior que o diagnóstico de FM, incluindo diversas condições de dor; se ponderarmos o facto de a amostra ser constituída por 50% de homens e que a idade média da entrevista fora os 28.7 anos (sendo a idade média de surgimento da sintomatologia fibromiálgica tendencialmente posterior a isso) ainda é mais discutível a aplicação dos resultados à FM. Uma outra conclusão de Raphael et al. (2001) leva-nos a ponderar mais adequadamente esta questão, que é a relação verificada entre a depressão, os sintomas de dor e o abuso documentado, para mais quando eles acrescentam que *“the interaction between depression, pain symptoms, and documented physical abuse was specific to unexplained rather than medically explained pain symptoms”* (p. 292).

A seguir a este primeiro estudo prospectivo, outros se seguiram mais direccionados para a FM. Num dos mais referenciados estudos prospectivos, Raphael, Natelson, Janal e Nayak (2002) procuraram confirmar a hipótese avançada por Van Houdenhove e colaboradores (2004, 2005, 2006) de que o stress actuaria, de alguma forma, como mecanismo patogénico no desenvolvimento de FM; averiguou-se, em simultâneo, o papel das perturbações psiquiátricas, nomeadamente da depressão, em todo o processo. Os dados recolhidos relativamente a esta última questão serão explorados mais adiante, uma vez que também podem estar relacionados com um estudo realizado em 2006 por Raphael junto com outros colaboradores (Raphael, Janal, Nayak, Schwartz & Gallagher), no qual estes aprofundaram a questão da comorbilidade psiquiátrica na população fibromiálgica. Considerando os ataques do 11 de Setembro como um ponto de partida para comparar a sintomatologia antes e depois dos mesmos, Raphael et al. (2002) recorreram a dados de uma investigação corrente que estavam a ser recolhidos junto de uma amostra comunitária de 1312 mulheres com FM da área metropolitana de New York e New Jersey; essa população estaria a ser estudada em termos de sintomatologia de dor e psiquiátrica, o que permitiu que fosse contactada 6 meses depois dos ataques para averiguar do possível agravamento de sintomas, avaliando-se também os níveis de exposição aos acontecimentos ocorridos.

Segundo Raphael et al. (2002), os resultados sugerem que a exposição a grandes acontecimentos geradores de stress não deve ser considerada como um importante factor de risco para a patogenia da FM; em função de análises regressivas que também foram realizadas, demonstrou-se que o aparecimento de nova sintomatologia associada aos critérios do ACR não pode ser explicado pela exposição a esses acontecimentos. Em função do seu carácter único, vários autores apresentaram críticas em relação a este estudo, reconhecendo Raphael et al. (2002) algumas delas, nomeadamente o carácter de auto-relato de muitos dos dados recolhidos, metodologia tão criticada pela própria Karen Raphael. Por outro lado, em termos gerais podemos perceber que, perante uma situação como a ocorrida no 11 de Setembro, os indivíduos tendam a relativizar as suas dores, diminuindo a procura de cuidados médicos numa altura em

que outros poderiam precisar mais, em função de uma exposição directa mais relevante aos acontecimentos ocorridos; isso justificaria alguns dos resultados obtidos, para mais sendo muitas vezes atribuída à população fibromiálgica certos traços de altruísmo e sacrifício pessoal (e.g., Van Houdenhove & Luyten, 2006).

Simultaneamente, podemos perceber que a exposição aos acontecimentos ocorridos teve um carácter muito diversificado nestes pacientes, não tendo sido necessariamente uma situação de exposição directa [e.g., algum familiar ou algum amigo estar na vizinhança do *World Trade Center* (WTC) na altura dos ataques, a morte de um familiar ou de um amigo], e mesmo nos casos em que os pacientes foram expostos mais directamente a estes acontecimentos (e.g., paciente estar na vizinhança do WTC) estamos a falar de apenas 4% da amostra. E, tal como os próprios autores do estudo consideram, é possível que acontecimentos como o ocorrido apenas tenham impacto sintomatológico em situações em que esses acontecimentos são múltiplos, imprevisíveis e ao longo do tempo, como apontam os elevados valores de prevalência de FM em estudos realizados em Israel, nomeadamente por Buskila (e.g., Buskila et al., 2001).

No entanto, uma das críticas mais prementes foi formulada por Van Houdenhove et al. (2005), e aponta para que os resultados obtidos podem apenas indicar que não são os grandes acontecimentos stressores que têm um papel etiopatogénico na FM, mas sim os acontecimentos com um carácter idiossincrático e de significado pessoal em termos de stress, como apontam outros estudos (e.g., Poyhia, Da Costa & Fitzcharles, 2001; Van Houdenhove, Neerinckx, Onghena, Vingerhoets, Lysens & Vertommen, 2002; Hatcher & House, 2003). Uma investigação realizada por Van Houdenhove et al. (2002) apontou para que os pacientes com SFC/FM têm significativamente mais *daily hassles* do que outras condições de dor crónica (AR e esclerose múltipla), ocorrendo isso separadamente, tanto nos acontecimentos dependentes do indivíduo como naqueles que não dependiam dele. Contudo, Van Houdenhove et al. (2002) referem que no caso da SFC/FM os indivíduos referem, maioritariamente, acontecimentos dependentes da pessoa, em particular insatisfação consigo, sentimentos de insegurança e insuficiente reconhecimento social; este triângulo, por seu lado, não estaria presente nos GC, para além de que estes mencionam, maioritariamente, acontecimentos independentes da pessoa. Estes resultados são explicados pelos autores com base em duas possibilidades: níveis significativamente mais elevados de fadiga e dor, também relacionados com a presença de ansiedade e depressão, hipótese para a qual não se encontram muito inclinados uma vez que todos os pacientes tendem a apresentar valores semelhantes de *daily hassles* e stress, independentemente da duração dos sintomas; problemas de adaptação a esses acontecimentos, decorrentes do facto deles estarem associados a questões centrais na sua condição de saúde.

Dessa forma, Van Houdenhove et al. (2002) insistem numa visão psicodinâmica desta realidade, segundo a qual as preocupações destes pacientes resultariam da sua profunda decepção e frustração em relação aos seus objectivos físicos e mentais, e à aprovação dos outros, que, por sua vez, estariam associados a aspectos de personalidade como baixa auto-estima, tendências narcisísticas e perfeccionísticas ou experiências de vitimização anteriores. Também outros estudos mencionados por Zautra et al. (1999) referiam essa maior influência dos *daily hassles*, insistindo que os pacientes com FM tendem a referir a presença de um maior nº desses acontecimentos do que outras populações (Daily, Bishop, Russell & Fletcher, 1990); isso decorreria, no entanto, de uma interpretação destes pacientes, que tenderiam a perceber os acontecimentos diários como mais stressantes em função de traços de personalidade específicos.

Não surpreende por isso que, num outro estudo prospectivo sobre a relação entre o stress e a FM elaborado com base no 11 de Setembro, Williams, Brown, Clauw e Gendreau (2003) concluíam que são os *daily hassles*, mais do que os grandes acontecimentos, aqueles que têm mais impacto no agravamento da sintomatologia somática. A utilização de dados que estavam a ser objecto de investigação durante o período do 11 de Setembro conduziu a um pequeno estudo de oportunidade elaborado por Williams et al. (2003) com 8 pacientes fibromiálgicos, entre finais de Agosto e finais de Setembro de 2001 (intervalados, portanto, pelos ataques do 11 de Setembro), no qual estes procuraram verificar se houve diferenças significativas, em termos de sintomatologia, no período antes e depois dos ataques. Segundo estes autores, a dor nos dias a seguir aos ataques não teve desvios significativos em relação aos valores antes dos ataques; acresce a isto que os sintomas não se agravaram nas horas ou nos dias imediatamente depois dos ataques, tendo inclusive os níveis médios de sono melhorado ligeiramente. Em termos gerais, Williams et al. (2003) referem mesmo que, entre finais de Agosto e finais de Setembro, os registos dos pacientes em termos de dor melhoraram de forma ligeira, ainda que não significativa. Através da apresentação destes dados os autores procuraram desmentir a ideia de que, após os ataques do 11 de Setembro, tinham sido detectadas várias queixas de agravamento da sintomatologia em doentes com dor crónica, ainda que tendo consciência da reduzida amostra utilizada e de que os indivíduos incluídos na mesma viviam em Washington.

Os estudos mais recentes vêm reforçar a possibilidade de os *daily hassles* desempenharem um papel mais importante nas alterações à sintomatologia dos pacientes com FM do que propriamente os grandes acontecimentos stressores; da mesma forma, as investigações prospectivas têm desmentido a importância excessiva atribuída pelos estudos retrospectivos de caso-controlo aos abusos físicos e sexuais como factores de risco nesta população, nomeadamente se apenas se considerarmos a infância. Uma recente meta-análise de estudos longitudinais entre 1980 e 2008, sobre o abuso sexual e o diagnóstico de perturbações somáticas, voltou a colocar a dúvida no que a esta temática diz respeito; Paras et al. (2009)

não encontraram qualquer associação estatisticamente significativa entre o abuso sexual e o diagnóstico de FM nos 4 estudos avaliados, a não ser que restringissem a análise a estudos em que o abuso sexual era definido como violação. Os resultados que defendem uma associação entre a FM e esses abusos, quer na infância, adultez ou ambas, não são particularmente fortes para suportarem a tese de que haja uma provável pequena associação entre ambos (Raphael, 2006). Neste sentido ganha dimensão a hipótese de haver também uma vulnerabilidade genética pré-existente, algo que é defendido por Raphael (2006), e com a qual concordam outros investigadores de referência, pelo menos numa parte dos pacientes (e.g. Van Houdenhove et al., 2005). Mesmo que sendo dos autores que mais reforçam esta possibilidade de relação entre a vitimização e o desenvolvimento da FM, Van Houdenhove et al. (2005) reconhecem que nem todos os pacientes mencionam essas experiências, pelo que, o possível papel etiológico que a vitimização pode ter, adquire um pressuposto de vulnerabilidade e não de causa-efeito. No fundo, tal como refere Raphael (2006), *“the search for cause of a complex syndrome, whose very case definition rests on a single validation study designed to operationalize diagnostic views of expert clinicians, is unlikely to be resolved with a single answer. As Merskey notes, ‘monism of experience cannot and does not translate into singularity of causes’”* (p. 65).

4. PSICOPATOLOGIA: UM CAMINHO PARALELO OU O MESMO?

A investigação em geral tem consubstanciado o papel dos factores psicológicos na saúde, não apenas na manutenção mas também no desencadear da doença, independentemente de essas variáveis serem de tipo traço, estado e, mais ou menos, defectológicas (Pais Ribeiro, 2009). Turk e Okifuji (2002), num artigo de revisão, acentuam a ideia de que a investigação tem demonstrado a importância dos factores psicológicos particularmente na dor crónica, contribuindo para uma maior compreensão dos aspectos associados a essa experiência. Exemplo disso é também os numerosos contributos de diversos autores que exploram os factores psicológicos relacionados com a dor e o tratamento desta (cf., Gatchel & Turk, 1996, 1999; Price, 1999; Turk & Melzack, 2001). No caso particular da FM, a terapia cognitivo-comportamental e a medicação antidepressiva têm-se revelado tratamentos úteis, sugerindo uma ligação entre a síndrome e factores psiquiátricos, psicológicos e comportamentais (Fietta, Fietta & Manganelli, 2007).

Por outro lado, o facto da sua etiologia orgânica permanecer uma incógnita, apesar de alguns avanços recentes, tem conduzido muita da literatura a apontar para os factores psicológicos como estando associados ao início e manutenção da síndrome, motivo pelo qual a comorbilidade entre a FM e diversas perturbações psicopatológicas tem sido profusamente estudada (Buskila & Cohen, 2007). Existem, no entanto, outras hipóteses explicativas para essa relação: ser secundária à condição de dor crónica, ou

ainda ser explicada pelo comportamento de procura de cuidados de saúde (Hudson, Goldenberg, Pope, Keck & Schlesinger, 1992, cit. in Buskila & Cohen, 2007). Contudo, algumas revisões de literatura (e.g., Hudson & Pope, 1996; McBeth & Silman, 2001) concluem que os pacientes com FM têm um maior risco de perturbações psiquiátricas, o que tem encorajado à especulação em torno do papel etiológico das mesmas (cit. in Raphael, Janal, Nayak, Schwartz & Gallagher, 2006). Ainda assim, de acordo com Raphael et al. (2006), muitos dos estudos realizados sobre esta temática podem não ser representativos em função de decorrerem de amostragens clínicas em vez de utilizarem amostras comunitárias. Insistindo em amostras de pacientes que têm uma acentuada procura de cuidados de saúde, muitas investigações tendem a gerar o denominado “enviesamento de Berkson” (e.g., Walter, 1980; Galbaud du Fort et al., 1993), segundo o qual um indivíduo com mais do que uma patologia tende a recorrer com mais frequência aos cuidados de saúde do que aquele que apenas padece de uma, dando origem a enviesamentos de amostragem (cit. in Raphael et al., 2006). Neste sentido, a discussão em torno da relação entre a FM e diversas perturbações psicopatológicas tem-se mantido em aberto e em acesa discussão.

Segundo um artigo de revisão elaborado por Pae et al. (2008), uma das maiores controvérsias em torno da FM diz respeito à sua relação com a depressão, havendo evidências crescentes que apontam para o carácter bidireccional dessa relação, tal como também foi formulado por Raphael, Janal, Nayak, Schwartz e Gallagher (2004c) ao estudarem a agregação familiar na FM e na PDM. Ainda assim, um estudo posterior de Raphael et al. (2006) não conseguiu confirmar um maior risco de PDM ao longo da vida, nem sequer o valor preditivo desta na FM, muito embora acentuem que isso pode estar relacionado com os métodos de avaliação utilizados. Ao discutirem esses resultados, os autores assumem que a não constatação de elevados valores de PDM ao longo da vida entre mulheres com FM não é inconsistente com alguma da literatura existente, uma vez que três (e.g., Kirmayer, Robbins & Kapusta, 1988; Ahles, Khan, Yunus, Spiegel & Masi, 1991; Malt, Berle, Olafsson, Lund & Ursin, 2000) dos cinco estudos de caso-controlo realizados com recurso a entrevistas de avaliação psiquiátrica não detectaram elevados valores de PDM na FM. Walker et al. (1997a), ao estudarem a relação entre a psicopatologia e a FM face a um GC constituído por pacientes com AR, e referindo-se especificamente ao estudo de Kirmayer et al. (1998), indicam que estes autores remetem os 20% dessas perturbações na FM face aos 9% da AR para uma associação mais geral com os processos de somatização, independentemente da depressão, não suportando esses dados numa associação específica entre as perturbações afectivas e a FM. Ahles et al., (1991), por seu lado, encontraram valores mais baixos de depressão na FM em confronto com a AR (34% vs. 39%), inferindo daí que as perturbações psiquiátricas não constituem uma explicação primária para os sintomas de dor na FM (cit. in Walker et al., 1997a). No seu estudo, Walker et al. (1997a) confirmariam uma acentuada comorbilidade entre a FM e a PDM, reforçando os resultados de um estudo

anterior, o de Hudson et al. (1985), também por eles referido, constituindo-se como os dois estudos de caso-controlo mencionados por Raphael et al. (2006) que apontam para essa associação. Walker et al. (1997a) justifica os resultados contraditórios obtidos nos cinco estudos com base em diferenças de amostragem (e.g., cuidados de saúde secundários ou terciários), de metodologias de avaliação (e.g., entrevistas de diagnóstico psiquiátrico ou inventários de auto-relato) e dos próprios critérios de diagnóstico da FM, uma vez que ao longo do tempo estes se alteraram.

De qualquer das formas, em 2006, Raphael et al. voltam a retomar as questões levantadas por todos estes estudos, após uma investigação anterior realizada em 2004 (Raphael et al., 2004c) que apontava para a FM como parte de um conjunto de perturbações do espectro afectivo; face aos resultados do estudo de 2006, que tendia a desmentir a relação entre depressão e FM, os autores ponderam a necessidade de reexaminar as conclusões retiradas do primeiro, para mais caso haja uma replicação dos mesmos. Nessa situação devem ser consideradas outras explicações para a presença de depressão em famílias de indivíduos com FM, nomeadamente a possibilidade disso estar associado ao diagnóstico na família de uma condição de dor crónica (e.g., Turk et al., 1987) ou de FM (e.g., Soderberg et al., 2003). Esta mesma explicação, a existência de uma condição de dor crónica no contexto familiar, desta feita não na família, mas no indivíduo, pode justificar também os resultados do estudo de Raphael et al. (2006) que apontam para valores significativamente mais elevados do diagnóstico actual de PDM na FM, apesar de esta não existir ao longo da vida dos indivíduos. Já anteriormente, Raphael et al. (2002) haviam demonstrado que sintomas depressivos anteriores à ocorrência de grandes acontecimentos stressores (nesse caso os ataques do 11 de Setembro) não explicam o aparecimento de nova sintomatologia associada aos critérios do ACR para a FM; análises regressivas aprofundadas permitiram aos autores afirmar que a sintomatologia depressiva tem o mesmo carácter preditivo antes e depois dos ataques, devendo esta ser interpretada como uma reacção à dor e à condição de viver com uma síndrome para a qual não se encontra uma justificação médica.

Assim, segundo Raphael et al. (e.g., Raphael et al., 2002), a FM não é precipitada por acontecimentos stressores (a questão do stress é, contudo, bastante mais vasta que a dos acontecimentos desencadeadores deste) nem pela depressão, ainda que outros investigadores por eles citados (Magni, Moreschi, Rigatti-Luchini & Merskey, 1994; McBeth, Macfarlane, Benjamin & Silman, 2001) apontem para a ideia de que os sintomas psicológicos anteriores têm uma capacidade preditiva da dor associada a esta síndrome, justificando-a por uma somatização de stress. Neste sentido, para Raphael et al. (2002), os sintomas anteriores de depressão não devem ser considerados como factores de risco importantes para a patogenia da FM. Porém, para Pae et al. (2008), diversos estudos têm consubstanciado a possibilidade das duas patologias terem uma sintomatologia de sobreposição, padrões de comorbilidade semelhantes, bem como a existência de elevados valores de prevalência de PDM entre os familiares directos de

pacientes com FM: os pacientes com FM têm um maior risco de historial de PDM em comparação com amostras comunitárias normais (Ratcliffe, Enns & Belik, 2008); cerca de metade dos fibromiálgicos (46%) tiveram um diagnóstico de PDM e um terço (33%) têm um historial familiar dessa perturbação (Offenbaecher, Glatzeder, & Ackenheil, 1998); 40% dos indivíduos com FM enquadram-se nos critérios de PDM comparativamente a 8% do GC (Kurland et al., 2006); vários estudos relatam uma prevalência entre 22% e 90% de depressão na FM (Burckhardt et al., 1994; Ercolani et al., 1994; Guven, Kul Panza & Gunduz, 2005). Para além dos estudos anteriormente mencionados, outras duas investigações também referidas por Pae et al. (2008) suportam a associação entre FM e depressão (Arnold et al., 2004; Arnold et al., 2006).

Estas investigações tiveram como base dois estudos anteriormente elaborados por alguns destes autores (J. I. Hudson, M. S. Hudson, Pliner, Goldenberg & Pope, 1985; Hudson, Goldenberg, Pope, Keck & Schlesinger, 1992), que apontavam para a possibilidade de as perturbações de humor serem significativamente comuns em familiares directos de fibromiálgicos, havendo, simultaneamente, valores muito elevados de prevalência dessas perturbações na FM. Arnold et al. (2004) confirmaram as conclusões destes estudos anteriores junto de uma amostra alargada de 533 familiares de 78 pacientes com FM face a um GC de 40 indivíduos com AR e 272 familiares; os autores encontraram uma prevalência de aproximadamente 30% de depressão clínica nesta amostra, constatando que a FM se agrega de forma estatisticamente significativa com as perturbações de humor, e extrapolando sobre a ideia de que ambas as perturbações possam partilhar factores hereditários que estejam na sua origem. Posteriormente, em 2006, Arnold et al., ao investigarem a co-ocorrência de diversas de perturbações psiquiátricas com a FM, demonstraram que a FM e a PDM têm elevados valores de co-ocorrência; para além destes resultados relativos à PDM, também se detectaram resultados significativos de outras perturbações psiquiátricas, nomeadamente a perturbação bipolar, qualquer tipo de perturbação de ansiedade ou de abuso de substâncias, o que aponta, segundo Arnold et al. (2006), para a existência de uma elevada comorbilidade entre a FM e um historial de algumas perturbações psiquiátricas. Contudo, apesar de todas as evidências sobre a existência de uma relação entre a PDM e a FM, a natureza precisa da mesma permanece inconclusiva, não se podendo formular a tese de que exista um caminho comum para as duas patologias (Paes et al. 2008), podendo-se afirmar o mesmo relativamente a outras perturbações incluídas no DSM-IV.

Por outro lado, podemos também ser levados a supor a possível existência de uma personalidade depressiva nos pacientes com FM. No entanto, um estudo levado a cabo por Nordahl e Stiles (2007) veio demonstrar que um estilo de personalidade depressotípico está relacionado com a PDM, mas não com a FM, ainda que, em geral, os fibromiálgicos tendam a apresentar uma personalidade sociotrópica semelhante aos pacientes com depressão clínica; a existência de pacientes fibromiálgicos sem qualquer

historial de PDM tem colocado em causa a hipótese de existência de uma personalidade tipicamente depressiva na FM. Por outro lado, uma vasta revisão de literatura realizada por Fishbain, Cutler, Rosomoff e Rosomoff (1997) apontou, de forma consistente, para uma associação estatística mais alargada entre a dor crónica e a depressão (cit. in Buskila & Cohen, 2007). Porém, no que diz respeito à FM, um estudo de referência de Giesecke et al. (2005) demonstrou que, apesar de poder existir uma associação entre as duas condições, a forma como ela se estabelece entre a sintomatologia depressiva e o processamento da dor pode ter características de alguma forma surpreendentes. Os dados desta investigação, relativos aos testes sensoriais quantitativos e às respostas neuronais a iguais estímulos de pressão dolorosa avaliadas com base em imagens de ressonância magnética funcional, foram recolhidos em fibromiálgicos com diferentes níveis de depressão ou com comorbilidade de PDM. O recurso a esta metodologia permitiu constatar que, nos pacientes com FM, os aspectos sensório-discriminativos do processamento da dor (localização e nível de intensidade) não são modulados pela severidade da depressão, nem pela presença da comorbilidade de PDM. Contrariamente a estes, a depressão encontrava-se associada à magnitude de activação neuronal em áreas cerebrais relacionadas com a dimensão afectivo-emocional da dor. Estes resultados remetem para a ideia de um processamento neuronal em paralelo, mas independente, dos aspectos sensoriais e afectivos da dor, com implicações em termos da relação dor-depressão, uma vez que a sintomatologia depressiva, segundo estes resultados, está associada aos aspectos emocionais do processamento da dor, mas não necessariamente com a intensidade dolorosa.

Em função do exposto, a relação entre a dor e a depressão na FM, como em outras condições dolorosas, pode ter características que não se podem reduzir à simples associação linear entre as mesmas, havendo diferentes mecanismos no processamento da dor que devem ser considerados; a esse respeito invocamos novamente a posição de Quartilho (1999) que aponta para a possibilidade de, em determinado momento da evolução da FM, poder haver um processo de autonomização dos sintomas (de entre os quais se destacamos a dor) em relação ao historial do paciente. A complexidade da relação entre dor e depressão, e a possível identificação da FM com uma perturbação mental, são aspectos que devem ser ponderados quando analisamos a relação entre a FM e a depressão. No que se refere a esta última questão, uma revisão meta-analítica (Henningsen et al., 2003) sobre a associação entre quatro SSF (FM, SFC, SCI e dispepsia não-ulcerosa) e a depressão e ansiedade, revelou que a classificação e tratamento destas síndromes como perturbações mentais não é adequada. Nesta revisão, os autores confirmam que a depressão e a ansiedade tendem a estar presentes nas SSF consideradas, muito embora isso não seja uma condição universal; daí que insistam na ideia de que estas síndromes estão relacionadas com a ansiedade e a depressão, mas não estão totalmente dependentes das mesmas. A existência de numerosos casos onde não há comorbilidade psiquiátrica com a FM justifica esta posição. Em termos gerais, contudo, podemos

afirmar que existe uma relação estatisticamente significativa entre a ansiedade, a depressão e os sintomas somático-funcionais característicos, por exemplo, da FM (Haug, Mikletun & Dahl, 2004).

Neste sentido, segundo Pae et al. (2008), algumas das investigações continuam a reforçar a hipótese de, nomeadamente a PDM e a FM, terem alterações semelhantes nos mecanismos neurobiológicos, sugerindo que a sensibilidade à dor, e os mecanismos de resposta ao stress e de regulação do humor, partilham factores familiares e genéticos comuns que suportam a hipótese da PDM e da FM estarem geneticamente relacionadas. Estas alterações em termos de mecanismos neurobiológicos tenderiam a gerar uma proximidade de sintomatologias na depressão e na FM em termos de humor depressivo e perda de energia (Burckhardt et al., 1994), alexitímia e raiva (Sayar et al., 2004), fadiga matinal (McBeth et al. 1999), comprometimento funcional (Kivimaki et al., 2004), alterações de processamento de memória (Landro et al., 1997), maior vulnerabilidade ao stress (Martinez-Lavin, 2007) e perturbação do sono (Pamuk et al., 2006, cit. in Pae et al., 2008).

Outros autores tendem a concordar com esta possibilidade de existir uma fisiopatologia comum à FM e a outras perturbações psiquiátricas, desvalorizando outras duas hipóteses: os sintomas de FM serem consequência dessas outras perturbações, ou destas decorrerem da condição fibromiálgica (e.g., Fietta et al., 2007). Contudo, em termos gerais, continuam a existir insuficientes evidências que permitam confirmar essa situação, e muito menos que a FM é uma forma de depressão somática ou mascarada (Pae et al., 2008). A análise comparativa que é feita por Pae et al. (2008) entre a PDM e a FM é semelhante à realizada por Buskila e Cohen (2007) para a PPST e a mesma síndrome. De acordo com estes, existe um elevado grau de sobreposição psicológica e fisiológica entre os sintomas das duas perturbações, pelo que especulam sobre uma possível patofisiologia semelhante: *“It is not unconceivable that the ‘emotional pain’ may be transmuted or converted into physical pain, especially because physical symptoms are socioculturally more acceptable than mental and emotional symptoms”* (p. 336). Porém, duas questões se podem levantar face a esta posição: Será que a FM tem a aceitação sociocultural mencionada pelos autores? Nos pacientes em que não é possível detectar a ocorrência de acontecimentos traumáticos como explicar o surgimento dos sintomas de FM? E uma terceira se coloca levantada por eles próprios: Porque é que uns pacientes desenvolvem FM e outros PPST após a experiência de acontecimentos traumáticos? Em toda esta problemática não podemos deixar de considerar a diversidade de condições heterogéneas associadas à FM. Alguns estudos apontam mesmo para o facto de, no caso da FM, as características da comorbilidade psiquiátrica serem bastante diversas, havendo um conjunto de diagnósticos psiquiátricos muito heterogéneos ou a inexistência deles (Malt et al., 2000).

Contudo, autores como Van Houdenhove (e.g., Van Houdenhove & Luyten, 2006) e Raphael (e.g., Raphael et al., 2004c), que assumem posições em alguns casos contrárias no que diz respeito à FM, tendem a concordar na possibilidade de a FM e a PDM poderem estar geneticamente relacionadas, sendo

menos claro o papel que pode desempenhar o stress no sentido de gerar uma maior susceptibilidade ao aparecimento dessas perturbações, bem como em que medida este pode contribuir para o agravar da severidade dos sintomas. Crofford (2007) e Shelton (2007), citados por Pae et al. (2008), defendem que a adversidade precoce pode aumentar a reactividade ao stress subsequente, despoletando uma desregulação na percepção da dor e do humor, o que, de alguma forma, vem consubstanciar a posição assumida por Van Houdenhove et al. (e.g. Van Houdenhove & Luyten, 2006). Esta relação entre stress, depressão e FM foi também abordada num estudo de Davis, Zautra e Reich (2001), tendo sido possível perspectivar que o stress relacionado com a dor tende a aumentar com a indução de humor negativo entre as pacientes com FM, não acontecendo o mesmo com outros quadros reumatológicos como a osteoartrite (OA).

Da mesma forma, constatou-se que apenas na FM a dor nos momentos de stress estava associada com uma diminuição dos afectos positivos e com a dificuldade em os manter. Este papel dos elevados afectos negativos e baixos afectos positivos como factores de manutenção da condição fibromiálgica, e que são também muitas vezes associados à depressão, foi também explorado por Van Houdenhove e Luyten (2006) que apontam o estudo de Davis et al. (2001) e o de Geenen e Middendorp (2006) para justificar a sua importância. Por outro lado, Van Houdenhove e Luyten (2006) insistem que a possibilidade de existirem acontecimentos stressores ou de que a PPST possa precipitar a FM continua a ser um assunto controverso, muito embora haja evidências da sua co-ocorrência em pacientes com características muito diversas e avaliadas através de diferentes instrumentos (e.g., Sherman, Turk & Okifuji, 2000; White et al., 2000; Cohen et al., 2002; Roy-Byrne, Smith, Goldberg, Afari & Buchwald, 2004; Ciccone et al., 2005; Arguelles et al., 2006; Seng et al., 2005; Stisi, Venditti & Sarracco, 2008). Contudo, a natureza da relação entre a PPST (ou o stress em termos gerais) e a FM continua a ser pouco clara (Van Houdenhove & Luyten, 2006), ainda que, como eles próprios referem com base em Raphael, Janal e Nayak (2004b), a depressão possa desempenhar um papel mediador entre os dois.

Também em 2004, Roy-Byrne et al. haviam revelado que a associação entre a PPST e os critérios de diagnóstico da FM estava confinada aos indivíduos com PDM; o facto de apenas os fibromiálgicos com PDM tenderem a aumentar a prevalência de PPST sugeriu que a depressão pode desempenhar um papel central em todo este processo. Mais recentemente, Ciccone et al. (2005) testaram a hipótese de trauma numa amostra comunitária, segundo a qual as mulheres com FM tenderiam a exibir mais sintomas de stress pós-traumático face ao GC; e, de facto, verificou-se que a possibilidade de diagnóstico de PPST seria cerca de 11.5 vezes superior no grupo com FM, o mesmo acontecendo com os relatos de alguns sintomas associados a esta perturbação, nomeadamente a intrusão e a excitação – estes dados foram controlados em termos de diferenças de idade, educação e humor depressivo. Nos valores de depressão, as duas amostras consideradas por Ciccone et al. (2005) têm valores semelhantes, não

havendo diferenças significativas entre elas. Ainda em relação à PPST na amostra de FM, os autores constataram que este diagnóstico apenas era possível em aproximadamente um quarto dos indivíduos (27%), não podendo ser identificador da FM.

Esta relação entre PPST e FM foi aprofundada por Raphael et al. (2004b) num estudo realizado junto de 1312 mulheres de uma amostra comunitária da área metropolitana de New York e New Jersey, e tendo como referência o período antes e depois do 11 de Setembro, uma metodologia que tem sido repetidamente seguida por Raphael e colaboradores. Decorrente dos resultados desse estudo, Raphael et al. (2004b) concluíram que as mulheres com FM estão em risco de PPST devido a uma propensão biológica e constitucional para essa perturbação, e não necessariamente por uma maior exposição a acontecimentos de vida traumáticos. Nesta perspectiva, quando expostas a determinados acontecimentos de vida, independentemente da sua severidade, as mulheres com FM são mais vulneráveis à PPST que outros indivíduos, reforçando a hipótese de a FM ser parte de um espectro de síndromes nas quais há um risco constitucional comum, entre os quais a PDM, a PPST e a FM. Raphael et al. (2004b) defendem a presença de vulnerabilidade ao stress por contraste com a de uma perturbação de stress que é associada a Van Houdenhove e Luyten (2006), ainda que a presença de sintomatologia de stress seja um ponto em que ambos concordam.

Segundo Raphael (2006), a comorbilidade entre a FM e a PPST tem sido confirmada por diversos estudos, quer através de inventários estruturados (e.g., Sherman et al., 2000; Cohen et al., 2002), quer por exame psiquiátrico (e.g., Roy-Byrne et al., 2004). E, considerando uma investigação recente de Raphael et al. (2006), segundo a qual se confirmou a existência de comorbilidade entre a FM e a PPST através de entrevistas psiquiátricas a uma amostra comunitária, ainda menos esta associação parece ser resultado de um enviesamento na selecção da amostra. Na verdade, os objectivos deste estudo de Raphael et al. (2006) eram garantir um controlo adequado de possíveis enviesamentos de amostragem, recorrendo para o efeito àquilo que denominaram como “*state-of-the-art diagnostic procedures for both FM and psychiatric disorders to estimate prevalence rates of FM and the comorbidity of FM and specific psychiatric disorders in a diverse community sample of women*” (p. 117). O recurso a amostras comunitárias tem sido um dos métodos utilizados para garantir o evitamento de enviesamentos de amostragem, já que alguns estudos têm acentuado o carácter enviesador do recurso a amostras dos cuidados de saúde terciários (e.g., Aaron et al., 1996), ainda que sejam também discutíveis os processos de amostragem a que os autores recorreram. Contudo, muitos dos estudos epidemiológicos realizados (e.g., Wolfe et al., 1995; White, Nielson, Harth, Ostbye & Speechley, 2002) têm detectado elevados valores de sintomatologia psicopatológica em indivíduos com FM. Outro dos métodos utilizados para garantir uma maior fiabilidade dos resultados recolhidos tem sido o recurso a processos de avaliação psiquiátrica

devidamente validados e testados, mesmo que não tenham sido realizados com pacientes com FM (Benjamin et al., 2000, cit. in Raphael et al., 2006).

Segundo Raphael et al. (2006), é de extrema importância que se recorra a ambos os processos para nos assegurarmos da representatividade da amostra e de uma adequada avaliação psiquiátrica. Através do recurso aos mesmos, foi-lhes possível detectar alguns resultados surpreendentes, como a inexistência de diferenças significativas em termos de PDM ao longo da vida entre indivíduos com e sem FM, algo que tínhamos anteriormente mencionado. Da mesma forma, foi encontrado nas mulheres com FM um risco aproximadamente cinco vezes superior de perturbações de ansiedade ao longo da vida, nomeadamente a perturbação obsessivo-compulsiva (doravante designada por POC) e a PPST. No que diz respeito à primeira, na qual também havia valores significativos de diagnósticos actuais, já anteriormente um estudo de caso-controlo de Walker et al. (1997a) tinha apontado para os mesmos resultados comparando com a AR. Na verdade, Walker et al. (1997a) haviam detectado na FM valores mais elevados em praticamente todas as perturbações psiquiátricas, com diferenças significativas na distímia, perturbação de pânico (doravante designada por PP), PDM (todas elas actuais e ao longo da vida) e agorafobia, enfatizando também o papel da ansiedade em todos os processos.

Por outro lado, no que respeita à relação entre a PPST e a FM, os resultados de Raphael et al. (2006) reforçam a confiança em anteriores investigações que confirmam a presença dos sintomas de PPST em amostras muito diversas de pacientes com FM, muito embora neste caso não tenha sido possível detectar um diagnóstico actual de PPST e apenas um historial de PPST. Anteriormente, já Sherman et al. (2000) haviam demonstrado que não apenas o diagnóstico, mas a presença de sintomas de PPST são prevalentes na FM, influenciando a adaptação à síndrome e o estado de saúde dos pacientes. Para além dos resultados acima mencionados, Raphael et al. (2006) destacam também os valores elevados de perturbação de ansiedade generalizada, tanto de historial como de diagnósticos actuais, ainda que refiram uma necessidade de replicação dos mesmos para uma adequada ponderação da sua importância na FM.

Num estudo elaborado por Thieme, Turk e Flor (2004) sobre a prevalência de perturbações psiquiátricas do Eixo I e II incluídas no DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), os autores encontraram perturbações psiquiátricas do Eixo I em 77% da amostra (32% com perturbações de ansiedade, 35% com perturbações de humor e em apenas 2% da amostra, perturbações de comportamento alimentar; de referir ainda que apenas 8% apresentavam PPST, ainda que 41% tivessem alguns sintomas a ela relativos). Relativamente ao Eixo II, somente 9% apresentavam diagnósticos e, em termos de comorbilidade, unicamente 11% da amostra tinha mais de 2 perturbações mentais. Nesse mesmo estudo, os autores procuraram simultaneamente avaliar que factores poderiam ser considerados preditores de perturbação psiquiátrica nesta população. De acordo com os resultados

obtidos, os melhores preditores encontrados em relação às perturbações de ansiedade nesta população, justificando 64% da variância, foram o número de sintomas somáticos associados à FM, a ocorrência de sintomas de PPST, comportamentos solícitos de outros significativos e uma reduzida actividade geral. Por seu lado, a ocorrência de PPST, menos frequentes comportamentos solícitos de outros significativos, uma elevada actividade geral e baixos níveis de coping justificavam 70% da variância de depressão na FM.

Surpreendentemente para os autores, a intensidade da dor não estava significativamente relacionada com a comorbilidade psiquiátrica, indicando que a depressão e a ansiedade podem ser independentes dos níveis de dor na FM, tal como já indicavam estudos anteriores (e.g., Kurtze, Gundersen & Svebak, 1998). No entanto, os fibromiálgicos com perturbações de ansiedade tendiam a relatar um maior número de sintomas físicos relacionados com a FM e uma maior intensidade dolorosa quando comparados com os pacientes que tinham comorbilidade com perturbações de humor; estes, por sua vez, apresentavam um maior mal-estar psicológico, ainda que muito menos dor corporal. Esta fraca relação entre a depressão e dor corporal na FM viria a ser confirmada posteriormente por Giesecke et al. (2005), num estudo de referência que já mencionámos.

Contudo, em 2010, Gormsen, Rosenberg, Bach e Jensen voltaram a questionar esta praticamente inexistente associação entre intensidade dolorosa e sintomas mentais na FM, tendo constatado que havia correlações estatisticamente significativas entre a intensidade dolorosa e diversas sintomatologias mentais avaliadas por diferentes instrumentos, nomeadamente os itens da *Symptom Checklist-92* relativos à ansiedade e depressão. Muito embora não nos interesse aprofundar outras sintomatologias mentais, foram também encontradas correlações significativas com a somatização, a ansiedade fóbica, o psicoticismo e o índice de severidade global. No que diz respeito à ansiedade e depressão, essa correlação significativa com a intensidade dolorosa manteve-se mesmo quando utilizados outros instrumentos que as avaliam, casos do *Major Depression Inventory*, da *Hamilton's Depression Scale* e do Inventário de Ansiedade GAD-10. Estes resultados tendem a ser mais relevantes se considerarmos que em quase todas elas não acontecia o mesmo com os dois GC utilizados, indivíduos com dor neuropática e saudáveis; no primeiro caso, inclusive, não aconteciam diferenças significativas em termos de intensidade dolorosa. Contudo, verificou-se a inexistência de uma associação estatisticamente significativa entre a dor e a dimensão “saúde mental” do *Medical Outcomes Study Short-Form Health Survey* (SF-36), dimensão essa que avalia aspectos prioritariamente relacionados com a depressão e ansiedade. Por outro lado, Quartilho (1999) menciona que a evolução dos sintomas não pode ser explicada apenas pelos processos psicológicos ou fisiológicos, uma vez que os aspectos sociais e interpessoais desempenham, em cada momento específico, um papel proeminente na intensidade e gravidade do quadro clínico. De acordo com este autor, a evolução dos sintomas ocorre, fundamentalmente, num espaço interpessoal que exige uma

negociação constante entre as necessidades do indivíduo e as exigências e críticas dos outros. Face ao exposto, compreendemos que esta relação entre intensidade dolorosa e psicopatologia na FM continua em aberto, muito embora a maioria dos estudos apontem para uma não associação entre as duas, em particular com determinados aspectos sensoriais da dor.

Comparativamente com a depressão e o stress, a ansiedade tem sido, eventualmente, um sintoma menos estudados no que diz respeito à FM, ainda que a relação entre o stress e a ansiedade esteja bastante documentada, em termos gerais, como é sugerido por Pais Ribeiro et al. (2004a). Num estudo de caso-controlado realizado junto de pacientes com FM e com dispepsia funcional em comparação com indivíduos saudáveis, Malt et al. (2000) não encontraram diferenças significativas para o GC em termos de perturbações de humor; e mais do que isso, a perturbação mais comum no grupo de pacientes com FM foi a PP em cerca de um quarto dos indivíduos, que é claramente uma perturbação onde está presente a ansiedade. Epstein et al., em 1999, haviam obtido resultados bastante mais baixos para a PP (7% actual e 16% de historial) e uma maior prevalência de PDM (22% actual e 68% de historial). Outros estudos a que já nos referimos têm apontado para a sintomatologia ansiosa como possível na FM, nomeadamente através da comorbilidade com diversas perturbações ansiosas (e.g., Thieme et al., 2004).

Contudo, Henningsen et al. (2003), numa revisão meta-analítica já referenciada, constata que na FM apenas a sintomatologia depressiva tende a ter diferenças significativas em relação aos GC de sujeitos saudáveis, e que isso não acontece com a ansiedade; para além disso, os pacientes com FM são significativamente menos ansiosos que outras SSF (e.g., SFC) e mais depressivos que outras (e.g., SCI). Esta perspectivável maior associação com a depressão do que com a ansiedade pode justificar muita da investigação que tem sido realizada até ao momento, e que se centra mais sobre a depressão e o stress, inclusive sobre a forma como estes se articulam, do que propriamente sobre a ansiedade. Ainda assim, a natureza e a direcção destas associações entre a FM, a depressão, o stress e a ansiedade continua a ser discutida. A esse respeito, Thieme et al. (2004) são bastante afirmativos, defendendo que não há dados que suportem a hipótese de alguma perturbação mental estar directamente associada à FM e que qualquer possível relação que exista entre a psicopatologia e a FM é mediada por outras variáveis, nomeadamente a anterior história de vida, o coping ou o suporte social.

Os aspectos psicológicos, e particularmente a psicopatologia, continuam e continuarão a suscitar discussão no âmbito da FM, e vários motivos podem ser apresentados para que essa temática seja investigada. Segundo Mira, Roig, Marín e Quilis (1995), existem várias razões que justificam o interesse pelo estudo dos factores psicológicos na FM. Entre elas a ineficácia dos tratamentos empregados na sua remissão, a falta de acordo quanto à sua etiologia, a ausência de dados clínicos que apoiem a existência de uma patologia orgânica, a importância da dor como sintoma principal, quase sempre invisível, e a relevância dos factores psicológicos na manutenção da síndrome. Em última análise, tomar contacto com

os aspectos psicológicos dos pacientes fibromiálgicos é tomar contacto com o indivíduo e com uma vivência da FM que é, em todos os casos, única e idiossincrática. Entendida neste sentido, a psicopatologia não pode ser tomada como um caminho obrigatório na FM, mas apenas como uma possibilidade paralela que pode acompanhar a condição de dor crónica subjacente aos pacientes fibromiálgicos; tomar a parte pelo todo é, em muitas situações, um dos atalhos mais comuns a muitos investigadores, atalhos que conduzirão, inevitavelmente, tal como formula o adágio popular, a mais trabalhos, nem que seja com o objectivo de questionarem a veracidade de anteriores estudos.

5. PERSPECTIVA DO PACIENTE: UMA PARAGEM OBRIGATÓRIA NA AVALIAÇÃO

A falta de marcadores biológicos que garantam um diagnóstico de FM, segundo Pae et al. (2008), tem reforçado a ideia de que esta síndrome não deve ser considerada uma perturbação distinta, levando alguns autores a considerarem que ela deve ser incluída em diferentes enquadramentos patológicos. Neste sentido, a insistência dos modelos biomédicos na identificação da patofisiologia das perturbações como condição para a existência daquilo que é classicamente definido como doença, tem conduzido à constituição de um conjunto diversificado de síndromes, conjuntos de sintomas, que se integram em diferentes especialidades médicas: e.g., SCI, dispepsia funcional não ulcerosa (gastroenterologia); dor pélvica crónica, síndrome pré-menstrual (ginecologia); FM (reumatologia); dor torácica não cardíaca (cardiologia); síndrome da hiperventilação (pneumologia); cefaleias de tensão, SFC (neurologia); várias alergias (imunologia) – Wolfe et al. (1990). A medicina tende a definir todo este conjunto de síndromes, bem como outras aqui não referidas, como SSF, caracterizando-as por uma sintomatologia física de sofrimento e de incapacidade da qual se desconhece a alteração das estruturas subjacentes, em função da ausência de marcadores biológicos identificáveis (Peveler, Kilkenny & Kinmonth, 1997; Wessely, Nimnuan & Sharpe, 1999; Barsky & Borus, 1999).

Contudo, mesmo esta classificação não é comum a toda a prática médica, uma vez que se tende a separar a psiquiatria das outras especialidades clínicas; as SSF estão muitas vezes na fronteira entre a prática médica comum e a psiquiatria, face à separação entre corpo e mente em que se baseia o modelo biomédico. De alguma forma, as SSF são consideradas na psiquiatria como perturbações somatoformes, representando um espaço de difícil classificação do conhecimento médico entre a psiquiatria e a clínica médica (Mayou, Kirmayer, Simon, Kroenke & Sharpe, 2005). Esta difícil classificação, bem como a comorbilidade existente entre algumas delas, levaram mesmo à consideração formulada por Wessely et al. (1999) de que as SSF devem ser perspectivadas como uma única síndrome em detrimento de serem encaradas como várias síndromes distintas; Barsky e Borus (1999) formulam a mesma questão. Num artigo intitulado “*There is only one functional syndrome*”, Wessely e White (2010) debatem esta

proposição, anunciando, respectivamente, os prós e os contras de que se considerem todas as SSF como uma única síndrome.

Na sua formulação, Wessely é bastante claro numa questão: em nenhum momento foi seu objectivo considerar estas síndromes como psiquiátricas, pelo menos tal como é entendido o termo, lamentavelmente, por alguns profissionais de saúde. O autor não entende a palavra “psiquiátrico” como tradução de imaginária ou não existente, mas considera, por outro lado, que estas síndromes devem ser encaradas como “*unexplained*” (p. 95) em função da ausência de um consenso científico relativamente às mesmas. Segundo Wessely nesse artigo, “*unexplained means what it says on the tin, and is not a code for psychiatric, still less for ‘all in the mind’*” (p. 95). Tal como Yunus (2008) formulou, em função do actual conhecimento científico, o dualismo *illness-disease* e a dicotomia orgânico-não orgânico não têm uma base racional, devendo ser rejeitados, uma vez que impedem, em muitos casos, uma adequada comunicação entre os profissionais de saúde e os pacientes, conduzindo também a maus cuidados de saúde; pela nossa parte acrescentamos que toda a explicação científica, ainda que consensual em determinado período, tem um carácter provisório e apenas remete para a necessidade de novas investigações que a confirmem ou desmintam. Por isso, mesmo que autores como Ehrlich (2003a) refiram que “*Pain is real; fibromyalgia isn’t*”, pela nossa parte entendemos que podemos discutir o enquadramento das mais diversas síndromes, podemos inclusive alterar a denominação de determinada síndrome, chamar-lhe doença ou síndrome, que isso não diminuirá o sofrimento vivido, nem melhorará a QDV destes pacientes; tenderá até, na nossa perspectiva, a uma maior focalização na doença e menos no doente, com reflexos prejudiciais no processo de compreensão da sua condição existencial.

Este é também um dos argumentos usados por White no artigo no qual debate com Wessely esta questão; segundo este, a identificação da doença do paciente com uma perturbação psicossomática é o primeiro passo para uma deterioração da relação entre médico e paciente, muito embora isto decorra de um equívoco em relação ao conceito de psicossomático, que tende a ser inadequadamente identificado com algo da mente, separado do corpo e afastado dos processos biológicos⁵. De acordo com White, “*most doctors are either ‘splitters’ or ‘lumpers’ as they classify ill-health*” (p. 96), mas, historicamente, os “divisores”, mais do que os “ajuntadores”, têm conduzido a um maior conhecimento das doenças, da sua etiologia, a melhores tratamentos e resultados, em particular através do recurso a abordagens biopsicossociais que perspectivem de forma integrativa o corpo, a mente e os aspectos sociais, em vez de acentuarem o dualismo corpo-mente. Em função disso, este autor defende que a classificação como uma única síndrome se revela pouco útil, para mais num momento em que, por exemplo no caso da FM, se começam a fazer avanços em relação à descoberta da sua patofisiologia.

⁵ Para uma breve análise desta questão ver Quartilho (2004, p. 115) que remete, por sua vez, para Quartilho (1998).

Contudo, a proposta de Wessely et al. (1999) tem conduzido alguns investigadores a verificarem da validade da mesma e a testarem a hipótese da síndrome única; Ciccone e Natelson (2003), recorrendo a três síndromes (FM, SFC e sensibilidade química múltipla), procuraram determinar em que medida o recurso a diagnósticos discretos permite garantir informação sobre o funcionamento físico, a severidade dos sintomas e o risco de doença psiquiátrica. Os resultados da investigação apontaram para o facto de não poder ser excluída a existência de síndromes diversas, em função das diferenças identificadas entre os grupos criados com base nas comorbilidades nos pacientes. Ainda assim, os autores referem que a prevalência de comorbilidade na amostra de SFC, e a dificuldade em encontrar diferenças significativas em termos de severidade de sintomas, pode apoiar a hipótese da síndrome única. Uma revisão de literatura em relação à comorbilidade encontrada na FM aponta também para valores muito elevados e com as mais diversas perturbações, desde logo com outras doenças reumáticas.

Aquando da própria definição dos critérios de diagnóstico da FM foram identificadas outras síndromes (e.g., SCI) como critérios auxiliares, uma vez que tendem a estar presentes nesta população (Wolfe et al., 1990). Segundo Blotman e Branco (2007), um conjunto muito diversificado de doenças, de várias especialidades médicas, continuam a estar associadas à FM (e.g., na reumatologia a AR, o LES, a OA; na neurologia, as enxaquecas, o SFC) e, em alguns casos, particularmente as reumáticas, são consideradas como responsáveis pela sua existência, muito embora esta questão seja alvo de bastante polémica. A noção de a FM ser um diagnóstico secundário a outra doença sugere a existência de uma relação causal entre as duas, e, de acordo com Blotman e Branco (2007), essa relação não pode ser estabelecida numa vasta maioria de casos, pelo que não surpreende que essa classificação tenha sido rejeitada. Durante vários anos tinham assim sido consideradas duas possibilidades de diagnóstico em relação à FM, a de FM primária, para a qual não se encontrava uma causa reconhecível, e a de FM secundária, que estaria associada a outra patologia. No entanto, em 1990, Wolfe et al. consideraram de pouca importância essa classificação, uma vez que não foram observadas diferenças significativas entre os dois diagnósticos.

Independentemente dessa questão, o que parece bastante documentado em diversos estudos é uma elevada comorbilidade da FM com outras perturbações reumáticas, com infeções virais e doenças sistémicas (Neumann & Buskila, 2003). Em função disso, Blotman e Branco (2007) referem que em 1998 foi proposto o termo “concomitante” para os casos em que a FM coexiste com outras entidades clínicas, ainda que não seja estabelecida uma relação etiológica entre elas. Estes autores referem uma diversidade de outras perturbações de saúde que coexistem com a FM para além das já mencionadas: fenómeno de Raynaud, prolapso da válvula mitral, síndrome da hiper mobilidade, doença de Lyme, síndrome de Sjögren, síndrome do túnel cárpico, disfunção na articulação temporo-mandibular, para além de diversas perturbações psicopatológicas. Vários estudos têm vindo a confirmar a elevada comorbilidade

entre a FM e outras perturbações de saúde, sejam elas enquadráveis na psiquiatria ou em outras especialidades médicas (e.g., Hudson, Goldenberg, Pope, Keck & Schlesinger, 1992).

Mais recentemente, numa revisão relativa à epidemiologia nesta síndrome, Neumann e Buskila (2003) encontraram uma elevada comorbilidade em relação às seguintes perturbações: entre 40% e 65% com o LES; 57% com a AR; entre 32% e 70% com a SCI; 70% com a SFC; 71% com a hiperprolactinemia; 24% com a artrite psoriática; 29% com o HIV; entre outras. Naturalmente que, entre elas, encontram-se algumas SSF como a SCI ou a SFC, ambas com valores bastante significativos. O mesmo se pode dizer quando revemos o suporte documental para a comorbilidade em relação a diversas perturbações psicopatológicas (e.g., PDM, PPST, PP), algo que foi anteriormente abordado no capítulo relativo à psicopatologia nesta população. No entanto, segundo White no artigo que realizou conjuntamente com Wessely em 2010, esta identificação de uma elevada comorbilidade de outras perturbações pode resultar de enviesamentos de selecção e da ausência de controlo em relação a perturbações de humor. De acordo com White, que cita outros autores (Jason et al., 2001; Whitehead et al., 2002), os estudos comunitários, bem como os realizados nos cuidados de saúde primários, encontram valores mais baixos de sobreposição nas SSF, nomeadamente quando comparados com os estudos resultantes dos cuidados de saúde secundários e terciários. Por outro lado, a existência de uma possível associação entre as perturbações de humor e a comorbilidade, já tinha sido algo para o qual apontava o estudo de Ciccone e Natelson (2003) relativo ao teste da hipótese da síndrome única; estes autores referiam nas suas conclusões que um aumento na comorbilidade estava associado a um correspondente aumento no risco de PDM. No entanto, a forma como a comorbilidade e a depressão se relacionam continua a ser alvo de discussão.

Ainda assim, as tentativas de enquadramento da FM num conjunto muito diverso de perturbações já aqui referidas, associado à ausência de evidências físicas que justifiquem os sintomas, têm conduzido a numerosos estudos (para uma revisão, Hudson & Pope, 1996; McBeth e Silman, 2001) que procuram aprofundar a relação da FM com determinadas perturbações psiquiátricas, nomeadamente as de humor e ansiedade, face também à comorbilidade que parece existir. A existência de uma relação estatisticamente significativa entre a depressão, a ansiedade e a FM conduziu à possibilidade desta síndrome ser considerada uma perturbação do espectro afectivo (e.g., Hudson & Pope, 1989). Por outro lado, a sua possível associação aos sintomas somático-funcionais conduziu a uma outra proposta de enquadramento nas perturbações somatoformes (e.g., Henningsen et al., 2003). O enquadramento nas perturbações do espectro afectivo tem sido alvo de numerosos estudos, quer em relação ao conjunto de todas as perturbações que nela se incluem, quer especificamente no caso da FM (e.g., Hudson et al., 1985; Hudson & Pope, 1989; Hudson & Pope, 1990; Hudson & Pope, 1994; Hudson et al., 2003; Arnold et al., 2004; Hudson, Arnold, Keck, Auchenbach & Pope, 2004); “*Affective spectrum disorder (ASD)*

represents a group of psychiatric and medical conditions, each known to respond to several chemical families of antidepressant medications and hence possibly linked by common heritable abnormalities” (Hudson et al., 2003, p. 170). Mesmo que se possa estranhar a diferenciação entre condições médicas e psiquiátricas, como se a psiquiatria não fosse uma especialidade médica, partimos do princípio que isso decorre dos critérios definidos para a denominação de doença, e no sentido de os autores poderem distinguir aquilo que são consideradas perturbações e aquilo que se denomina por doenças (entendidas como medicamente explicadas). Entre as diversas condições de saúde que podem ser incluídas nas perturbações do espectro afectivo temos: PDM, perturbação de atenção/défice/hiperactividade; bulimia nervosa, cataplexia, perturbação distímica, perturbação de ansiedade generalizada, SCI, enxaquecas, POC, PP, PPST, perturbação disfórica pré-menstrual, fobia social, para além da FM (Hudson et al., 2003); de acordo com estes autores, os estudos realizados apontam para a hipótese de várias formas destas perturbações poderem partilhar uma anomalia fisiologicamente crítica na sua origem que, em termos gerais, representaria uma manifestação de um defeito genético comum com possibilidades de ser transmissível de geração para geração.

Em função do exposto, podemos perceber como diferentes critérios acabam por conduzir a diversos enquadramentos patológicos. Outros autores remetem ainda, pelos mecanismos de desenvolvimento da síndrome, para o seu enquadramento nas perturbações de stress (e.g., Van Houdenhove & Egle, 2004), algo que foi mencionado e explorado em capítulos anteriores. Em 2000, Yunus propusera ainda uma outra classificação denominada síndromes de sensibilidade central, na qual se incluía a FM a par de outros *“overlapping and similar group of syndromes without structural pathology and are bound by the common mechanism of central sensitization (CS) that involves hyperexcitement of the central neurons through various synaptic and neurotransmitter/neurochemical activities”* (Yunus, 2007, p. 339). No entanto, já anteriormente, o próprio Yunus (1994) propusera uma outra denominação para incluir diversas síndromes entre as quais a FM, síndromes do espectro disfuncional. Na realidade, uma breve revisão de literatura permite constatar a diversidade de enquadramentos patológicos que se têm vindo a pretender dar à FM (para uma revisão, Yunus, 2008), e esta discussão alarga-se à própria especialidade médica em que esta deve ser contextualizada (e.g., Endresen, 2007).

Contudo, estas tentativas de enquadramento mais alargado da FM tendem a afastar-se da compreensão individual da sintomatologia de cada paciente, bem como da perspectiva idiossincrática e subjectiva como é vivida. Da mesma forma, se considerarmos que vários autores têm conseguido identificar, dentro do diagnóstico de FM, diversos subgrupos de pacientes, mais paradoxais se tornam as tentativas de classificação de todas as SSF como uma única e mesma síndrome. De facto, e consoante a ponderação de determinadas variáveis e a utilização de instrumentos de avaliação específicos, vários

autores têm vindo a suportar a tese da heterogeneidade desta população. Hamilton, Karoly e Zautra (2005) detectaram diferenças individuais em termos do tipo de objectivos dos pacientes, dando origem a três *clusters* com diferenças de intensidade dolorosa, de afecto negativo, de objectivos de suporte social, de suporte social percebido, de interferências com os objectivos e de AVN: num dos grupos os objectivos de procura de cuidados de saúde eram superiores a todos os outros, em outro a auto-suficiência constituía-se como o objectivo mais elevado e noutro era a validação social. Thieme e Turk (2006), ao estudarem as respostas psicofisiológicas ao stress em pacientes com FM face a um GC de indivíduos saudáveis, verificaram a existência de 4 padrões com características muito diversas em termos de tensão muscular, de respostas cardiovasculares e de reactividade sudomotora, sendo estas avaliadas através de um rigoroso protocolo. Também Rehm et al. (2010) conseguiram identificar distintos subgrupos de pacientes com FM com base nos seus perfis clínicos, neste caso cinco: quatro subgrupos de pacientes sofriam de alterações sensoriais severas em diversas combinações, mas sem pronunciadas comorbilidades; num outro subgrupo eram as comorbilidades que dominavam o quadro clínico. No entanto, já em 2007, Müller, Schneider, Joos, Hsu e Stratz haviam acentuado a ideia de que a FM não pode ser considerada uma entidade clínica única, sendo possível distinguir pelo menos três subgrupos de pacientes: um com elevada sensibilidade à dor e nenhuma condição psiquiátrica associada, outro caracterizado pela depressão e sintomas de dor concomitantes à FM, e um terceiro com perturbações somatoformes de dor do tipo fibromiálgico. De acordo com os mesmos autores, é possível também identificar processos específicos de desenvolvimento da síndrome em cada um deles, bem como processos terapêuticos mais adequados consoante as características dos subgrupos.

Por outro lado, o recurso a instrumentos como o *Fibromyalgia Impact Questionnaire* (doravante designado por FIQ) e o SF-36, ambas escalas de referência em relação à QDV na FM, foi também utilizado no sentido de discriminar diferentes subgrupos de pacientes. Barcellos de Souza et al. (2008) realizaram um estudo preliminar no sentido de identificar subgrupos de pacientes a partir de determinados itens seleccionados do FIQ, como a dor, a fadiga, o cansaço matinal, a rigidez, a ansiedade e a depressão; constataram a existência de dois perfis distintos: um caracterizava-se pelos mais baixos níveis de ansiedade, depressão e cansaço matinal, e o outro por elevados níveis de dor, fadiga, rigidez, cansaço matinal, ansiedade e depressão, o que, de acordo com os autores, sugere que o distress psicológico é uma característica presente apenas numa parte dos pacientes, ainda que a resposta hiperalgésica se mantenha comum. Num outro estudo exploratório com o SF-36, Oswald, Salemi, Michel e Sprott (2008) detectaram a possibilidade de se recorrer a este instrumento como forma de se distinguirem dois grupos de pacientes fibromiálgicos com base no funcionamento psicológico e saúde mental.

A possibilidade de subdividirmos os pacientes com FM em função dos factores psicológicos tem sido uma afirmação recorrente nesta síndrome (e.g., Buskila & Cohen, 2007); a esse respeito, um conjunto de estudos tende a ser particularmente referenciado (e.g., Giesecke et al., 2003; Thieme et al., 2004; Blasco et al., 2006), demonstrando que os pacientes com FM não podem ser considerados como um grupo homogéneo e, ainda menos, ser enquadrados em patologias que não consideram a especificidade da sua condição. Giesecke et al. (2003), ao estudarem uma amostra de 97 pacientes que preenchiam os critérios da ACR, verificaram a presença de diferentes subgrupos em termos de sintomatologia clínica: 50 indivíduos caracterizavam-se por níveis moderados de humor, de catastrofização e de controlo percebido sobre a dor, bem como por baixos níveis de hiperalgesia; 31 pacientes tinham significativamente mais elevados níveis na avaliação do humor, os mais altos valores de catastrofização, os mais baixos de controlo sobre a dor e os mais elevados de hiperalgesia; um terceiro grupo tinha um humor considerado normal, muito baixos níveis de catastrofização, o mais elevado controlo sobre a dor, mas apresentavam uma elevada hiperalgesia. Em termos gerais, podemos dizer que este terceiro grupo não apresentava factores psicológicos associados a essa elevada sensibilidade à dor, o grupo de 31 pacientes demonstrava uma relação muito intensa entre esses factores e a hiperalgesia, e, por fim, havia um grupo mais abrangente de fibromiálgicos em que essa relação tinha um carácter moderado.

Mais recentemente, em 2006, Blasco Claros et al. voltaram a confirmar esta possibilidade de se recorrer aos factores psicológicos para discriminar entre diferentes grupos de pacientes com FM. Com base nos trabalhos de Bradley et al. (1978), que identificara diferentes perfis psicológicos na dor crónica a partir do *Minnesota Personality Inventory*, e no estudo de Yunus et al. (1991), que adaptaram esses procedimentos à FM, Blasco Claros et al. (2006) constataram a existência de dois padrões claramente distintos em termos psicopatológicos numa amostra de fibromiálgicos: 32% revelavam um perfil típico da dor crónica, em que a sintomatologia psiquiátrica surge como reactiva ou adaptativa às dificuldades inerentes ao estado de saúde; 68% com um perfil mais acentuado de mau ajustamento psicológico, em que a dor canalizaria todo um processo de mal-estar psicológico subjacente.

Também Thieme et al. (2004), na sequência de estudos anteriores (e.g., Turk & Flor, 1989), voltaram a insistir que a população com FM é constituída por um grupo muito heterogéneo de indivíduos com diferenças em termos de humor, adaptação aos sintomas e características dos mesmos; com base nos resultados deste estudo, os autores referem que os pacientes com FM, bem como de outras síndromes de dor crónica, podem ser classificados em três subgrupos psicossociais a partir do *West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory* (MPI), tal como também já haviam demonstrado Turk, Okifuji, Sinclair e Starz (1996): *Dysfunctional* (DYS), *Interpersonally Distressed* (ID), *Adaptive Copers* (AC). Assim, de acordo com essa classificação, o subgrupo DYS seria constituído por indivíduos com níveis de dor mais elevados, maior incapacidade e stress emocional, o segundo, intitulado ID, incluiria aqueles que

apresentam menores níveis de dor, de incapacidade e satisfação conjugal em comparação com os outros dois subgrupos. Contudo, neste subgrupo, a sua relação com os outros significativos encontrava-se dificultada pelo elevado número de respostas negativas destes às expressões de dor dos pacientes. Por fim, o terceiro subgrupo (AC) incluiria pacientes com baixos níveis de intensidade de dor, stress emocional e interferência da dor com as actividades diárias. Os dados deste estudo vêm confirmar que os diferentes subgrupos desta amostra (30% de DYS, 33% de ID e 37% de AC, semelhante a outros estudos anteriores) apresentam diferenças estatisticamente significativas no que diz respeito à intensidade da dor e à prevalência de perturbações do Eixo I. A relação dos diferentes subgrupos com a sintomatologia ansiosa e depressiva foi também confirmada pelos questionários de auto-registo (os DYS com mais sintomatologia ansiosa, os ID com mais sintomatologia depressiva e os AC com baixos níveis de comorbilidade). Relativamente à sintomatologia de PPST, em sentido lato sintomatologia de stress, verificamos que os DYS apresentam uma maior percentagem da mesma (62%) – o que remete mais uma vez para a proximidade sintomatológica entre stress e ansiedade – quando comparados com os ID (15%) e AC (11%), não existindo diferenças significativas entre estes dois últimos.

Outros autores foram ainda mais longe e procuraram validar esta classificação em três *clusters* dos pacientes com FM, testando simultaneamente o seu uso numa intervenção comunitária junto de participantes de um estudo mais alargado, no qual se pretendia aprofundar o efeito do suporte social e da educação nos sintomas de FM e no recurso aos cuidados de saúde (Walen, Cronan, Serber, Groessl & Oliver, 2002); confirmaram a existência desses três distintos subgrupos, mas, segundo estes, a utilidade de os dividir para o planeamento de intervenções continua por esclarecer. Por outro lado, Thieme et al. (2004) conseguiram relacionar a existência de perturbações de ansiedade nesta população com um mais frequente abuso sexual e abuso físico na infância quando comparados com aqueles que tinham perturbações de humor ou não tinham nenhuma perturbação do Eixo I. Em função de tudo o que já foi dito, torna-se natural que seja o subgrupo de DYC aquele que referencia mais abusos sexuais (65%) e físicos (38%) na infância quando comparado com os ID (38% sexual e 13% físico) e os AC (24% sexual e 15% físico); ainda assim, os valores de abuso, particularmente sexual, parecem-nos sempre elevados.

A prevalência de determinados AVN, em particular o abuso físico e/ou sexual, tem levantado a possibilidade de se perspectivarem diferentes subgrupos de pacientes com FM em função da mesma. A procura de diferenças entre os pacientes abusados e não abusados na FM tem sido uma constante nos diversos estudos que abordam a questão dos abusos nesta população, ainda que se discutam as variáveis em que essas diferenças podem ocorrer. Os resultados obtidos remetem para investigações não apenas respeitantes ao diagnóstico de FM, uma vez que essas diferenças se apresentam em diferentes populações clínicas. Essa análise foi formulada desde o primeiro estudo elaborado por Boisset-Pioro et al. (1995) em que os autores apontam para o facto de os pacientes abusados sexualmente, tanto na FM como no GC

constituído por outras condições reumatológicas, tenderem a ter um maior número de visitas ao médico (mesmo que esses resultados não sejam estatisticamente significativos); decorrente disso podemos extrapolar sobre a possibilidade da maior procura de cuidados não ser característica da FM, mas da condição de saúde reumatológica ou dos abusos.

Contudo, Taylor et al. (1995), ao compararem as mulheres abusadas e não abusadas sexualmente nesta síndrome, concluem que não existem diferenças significativas em termos de procura de cuidados médicos; se partirmos do pressuposto que as diferenças apenas são significativas com valores em que $p < .05$ como estes consideraram, então isso é verdade, tal como apresentam no resumo do seu artigo. No entanto, ao analisarmos em maior pormenor os resultados obtidos, verificamos que o agravamento da sintomatologia nas mulheres abusadas com FM acaba por ter também consequências em termos de procura de cuidados de saúde, ainda que com níveis de significância inferiores ($p = .05$), demonstrando um padrão diferente nas duas sub-amostras. Estudos realizados posteriormente têm vindo a confirmar esta diferença entre mulheres abusadas e não abusadas, quer isso aconteça em amostras com (e.g., Walker et al., 1997b) ou sem FM diagnosticada (e.g., Finestone et al., 2000), sendo relativamente consensual a mesma, ainda que se possam discutir as suas implicações. No estudo de Finestone et al. (2000) verificou-se um outro resultado interessante: havia uma diferença significativa em relação ao GC no estatuto marital das mulheres com abuso sexual, uma vez que este tinha um maior número de mulheres casadas ou em união de facto, contrariamente ao grupo com FM onde dominavam as divorciadas e separadas.

Um outro resultado que destacamos pelo seu significado interpretativo da condição do paciente fibromiálgico foi apresentado por Alexander et al. (1998) num dos primeiros estudos: verificaram que as pacientes abusadas com FM relatavam um maior uso de medicação para as dores e de acompanhamento médico para vários problemas de saúde, ainda que, estranhamente ou talvez não, isso não acontecesse para o acompanhamento da FM de forma específica. Este resultado permite extrapolar sobre a possibilidade de ser aceitável um indivíduo queixar-se de problemas de saúde, mas que, quando mencionados num quadro de FM, estes tendem a ter uma menor credibilidade em relação à sua existência, para mais nos anos 90, onde a polémica em torno da FM era ainda maior. Contudo, essa descredibilização das queixas dos pacientes continua a acontecer mesmo na actualidade, tendo sido mencionada por muitas das mulheres entrevistadas na presente investigação. Também Davis et al. (2001) se referem a ela, insistindo que os fibromiálgicos tendem a ser estigmatizados pela comunidade médica, bem como pelas redes de suporte social, devido à sua condição ser tão incompreendida, o que conduz a uma marginalização, imprevisibilidade e incontrolabilidade que podem ser factores de vulnerabilidade afectiva e social nestes pacientes.

Outra das conclusões apresentadas no estudo de Taylor et al. (1995) é que existem diferenças significativas entre mulheres abusadas e não abusadas com FM no que diz respeito à sintomatologia e ao

comprometimento funcional, mas que essas diferenças podem quase ser perspectivadas como sintomas de depressão (menor energia, diminuição de actividades sociais e recreativas, perda de peso e auto-relato de sentimentos depressivos), sendo por isso sugerido um estudo mais aprofundado da relação entre a depressão e o abuso sexual na FM. Segundo estes, a maior procura de cuidados médicos decorreria também desse agravamento da sintomatologia relatada. No entanto, para Alexander et al. (1998), esse aumento da sintomatologia nas pacientes abusadas com FM estende-se para além daquilo que pode ser perspectivado como sintomas de depressão, incluindo também maiores níveis de dor, fadiga, comprometimento funcional, maior número de diagnósticos psiquiátricos, de stress e uma percepção da dor alterada – todos eles considerados como variáveis que influenciam a relação claramente significativa encontrada entre o abuso físico/sexual e a procura de cuidados de saúde na FM.

Mais recentemente, em 2005, Ciccone et al. constataram que as mulheres abusadas têm significativamente mais possibilidades de terem PDM do que as não abusadas, o que de alguma forma fortalece a posição de Taylor et al. (1995). Simultaneamente, e em função dos resultados obtidos por Taylor et al. (1995) que apontam para um pior estado de saúde geral, maior fadiga e maior comprometimento funcional nas mulheres abusadas (ainda que enquadrando-os como sintomatologias depressivas), Ciccone et al. (2005) tentaram replicar essa análise numa amostra comunitária; os resultados sugeriram que, ao contrário de alguns estudos como o de Alexander et al. (1998), não existem diferenças significativas entre os dois grupos (abusados e não abusados física ou sexualmente) no que se refere ao nº de pontos-dolorosos, severidade da dor, comprometimento físico ou visitas ao médico; houve, no entanto, diferenças estatisticamente significativas entre elas no que diz respeito à sintomatologia psiquiátrica. Ao compararem os grupos de mulheres em relação à dor, à depressão, ao stress traumático e ao comportamento de doença, estes autores verificaram que havia diferenças significativas em termos de historial de PDM e nos sintomas de PPST, com destaque ainda, dentro destes, para os sintomas de evitamento. Neste sentido, o estudo de Ciccone et al. (2005), baseado numa amostra comunitária, não suporta a hipótese de que as mulheres fibromiálgicas com historial de abuso tenham um agravamento da sua sintomatologia, à excepção de aspectos relacionados com a sua saúde mental.

Esta perspectiva havia também sido formulada por Finestone et al. (2000) que demonstrou a existência de diferenças significativas entre os indivíduos abusados e não abusados em termos de sintomatologia psiquiátrica, para além de que confirmou uma maior emocionalidade, preocupação e depressão no grupo de pacientes abusados sexualmente. Contudo, o estudo de Ciccone et al. (2005) aponta ainda para um outro aspecto que consiste na existência na FM de uma diversidade de condições de saúde e de coping: quando consideramos os resultados dos sintomas de PPST na amostra total de FM, verificamos que apenas a intrusão e a excitação são estatisticamente significativos, o que não acontece

com o evitamento; por outro lado, nas mulheres abusadas com FM, constatamos que apenas o evitamento tende a estar associado a estas últimas – isso permite-nos extrapolar sobre a tendência de apenas as mulheres abusadas recorrerem ao evitamento como estratégia de coping, algo que não pode ser generalizado a todos os pacientes com FM.

Aquando da formalização do seu modelo, Van Houdenhove e Egle (2004) colocaram uma grande ênfase na clarificação de que muitos dos factores nele apresentados se podem encontrar apenas em subgrupos de pacientes com FM; os autores insistem mesmo que os AVN e certos traços de personalidade poderiam desempenhar um importante papel na evolução do estado de saúde dos fibromiálgicos, permitindo distinguir dentro do diagnóstico de FM diferentes subgrupos. Da mesma forma, em relação aos processos de vitimização e ao risco decorrente dos mesmos para o desenvolvimento de FM, Van Houdenhove et al. (2001a) reconhecem que nem todos os pacientes mencionam essas experiências, pelo que o possível papel etiológico que a vitimização pode ter, adquire um pressuposto de vulnerabilidade e não de causa-efeito.

Segundo Henningsen et al. (2003), deve ser sempre questionada a homogeneidade subjacente às classificações clínicas, particularmente quando tentamos estabelecer relações causais entre as diversas sintomatologias que podem estar presentes: dor, stress, ansiedade, depressão, entre outras; cada caso deve ser perspectivado na sua especificidade própria, e tendo a consciência de que a consideração da dor não explicada medicamente como uma dimensão do stress não implica uma diminuição do papel dos aspectos biológicos. Henningsen et al. (2003) sugerem que os sintomas que não são medicamente explicados podem ser vistos como perturbações funcionais das representações corporais e das emoções no cérebro tal como indica Craig (2002). Mas Henningsen et al. (2003) vão ainda um pouco mais longe e insistem que os sintomas físicos não explicados medicamente, como acontece com a dor no caso da FM, devem ser encarados como mais uma dimensão dos sintomas de stress, a par dos de depressão e de ansiedade. Segundo estes, isto não significa que devam ser enquadrados na psicopatologia, devendo abdicar-se da classificação de perturbação mental em termos gerais, em detrimento da de perturbação de stress [algo que também Van Houdenhove e Egle (2004) referem]; isso seria defensável uma vez que esta última não exclui a existência de patologia orgânica estrutural não detectada, para além de permitir perspectivar o sofrimento não apenas como mental ou corporal.

Esta é uma das questões mais abordadas pela psicologia da saúde crítica, o facto de as doenças não poderem ser representadas de forma separada em relação à sua experiência psicológica, e o corpo entendido como um objecto a ser tratado mas separado do indivíduo (Carvalho Teixeira, 2008). Segundo este autor, a psicologia da saúde crítica surge como mais do que uma crítica à psicologia da saúde tradicional, uma vez que pretende promover uma reflexão sobre a utilidade dos modelos teóricos e das metodologias de investigação actuais, bem como dos processos de intervenção, tendo em vista o

desenvolvimento de novas formas de pensar a saúde e a doença. Esta perspectiva crítica da psicologia da saúde, assente num modelo fenomenológico-discursivo, surgiu com uma focalização no carácter subjectivo da experiência psicológica da saúde e da doença, investindo na procura de significados individuais por oposição aos processos de objectivação e racionalização que caracterizam a perspectiva tradicional (Carvalho Teixeira, 2004). Entendida neste sentido, a psicologia da saúde, seja sob que perspectiva for, não pode deixar de reflectir sobre aquilo que é idiossincrático na doença e na saúde.

Não surpreende por isso que, mesmo Wessely, que defende a hipótese de uma síndrome única, num artigo em conjunto com outros autores (Kanaan, Lepine & Wessely, 2007) não deixe de mencionar que, ainda que encontremos características comuns nas diversas SSF, as diferenças não podem ser ignoradas. Acrescentaríamos ainda mais, pois mesmo que encontremos características comuns entre os diversos pacientes com FM, também aqui as diferenças entre eles não podem ser ignoradas, uma vez que é isso que nos permite aceder à perspectiva do paciente. A centralidade do ponto de vista do paciente tem sido enfatizada pela investigação clínica, mesmo que, em muitos casos, o auto-relato possa ser tomado como uma das limitações das investigações (Ware et al., 1993, 2000, cit. in Hoffman & Dukes, 2008); Hoffman e Dukes insistem que, no caso da FM, a perspectiva do paciente ainda se revela mais importante, na medida em que não existem marcadores clínicos objectivos, pelo que as decisões clínicas dependem do auto-relato dos pacientes em relação aos sintomas, aos efeitos do tratamento e do seu impacto combinado no estado de saúde⁶. Segundo Ferreira (2008), um número crescente de autores tem apontado para o facto de cada vez mais a saúde dos indivíduos tender a ser avaliada sob uma perspectiva idiossincrática, acrescentando Pais Ribeiro (2009) que a avaliação da QDV não pode deixar de incorporar a perspectiva do próprio indivíduo.

De acordo com Mahoney (2003), constitui-se de facto como uma ironia que as diversas formas de avaliação psicológica se tenham desenvolvido originalmente para determinar as diferenças individuais, e se tenham acabado por tornar em maneiras de diminuir essas diferenças com base em parâmetros pré-determinados que não compreendem todas as dimensões individuais. Neste sentido, as diversas variáveis que os diferentes instrumentos de avaliação existentes medem, devidamente testados e validados para certas populações, não conseguem abarcar todas as experiências humanas. No fundo, uma certa cientificidade da psicologia acabou por afastar da interrogação psicológica uma série de metodologias de avaliação alternativas, nomeadamente aquelas que apresentam uma maior subjectividade, sempre presente na vida humana. Para Gonçalves (2002), a psicologia e os processos a ela ligados são indissociáveis da experiência do próprio indivíduo, pelo que não é possível definir e estudar alguém abstraído do seu contexto relacional.

⁶ No capítulo seguinte abordaremos a QDV e aí ainda mais se tornará presente a necessidade de aceder à perspectiva do paciente.

Por outro lado, como também refere Wessely no mesmo artigo (Kanaan et al., 2007), devemos recordar-nos que todas as classificações científicas são instrumentais, motivo pelo qual nas SSF apenas um diagnóstico que respeita a visão do paciente no que diz respeito à sua doença deve ser considerado apto, tanto instrumental como pragmaticamente. Da mesma forma, estes autores consideram que uma classificação que minimize os conflitos tenderá a gerar melhores resultados em termos de recuperação, sendo fundamental em todo este processo a comunicação entre paciente e profissional de saúde. Tal como sugere Gonçalves (2003), o conhecimento de algo é uma produção relacional, pelo que o acesso ao conhecer é feito pela co-construção de significações e pelo estabelecimento de novos diálogos entre posições diversas. Na avaliação psicológica, nós acrescentamos na avaliação realizada por qualquer técnico de saúde, o conhecimento sobre o avaliado deve acabar por surgir de uma co-construção entre as perspectivas do avaliado (mais emocional) e do avaliador (mais racional) em relação a uma realidade que é inacessível quando considerada objectivamente. Não significa isto que os diferentes processos de classificação e categorização não se tenham vindo a traduzir em grandes benefícios para o técnico de saúde e para o conhecimento médico, sendo também facilitadores na compreensão dos pacientes, no entanto, como refere Mahoney (2003), cabe a cada profissional de saúde, individualmente, ter consciência de que isso corresponde a uma redução instrumental da realidade.

Creemos ser neste sentido que Quartilho (1999) insiste que qualquer leitura transversal da realidade dos pacientes com FM depende também “de uma leitura biográfica, dinâmica, de uma dimensão temporal que requer uma perspectiva longitudinal, complementar” (p. 124). Como volta a insistir num artigo posterior, mesmo que os *tender points* sejam olhados com desconfiança, não pode deixar de ser valorizada “a importância clínica dos *tender patients*, dos factores de vulnerabilidade 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, cit. in Quartilho, 2004, p. 115).”

6. QUALIDADE DE VIDA: A ÚLTIMA FRONTEIRA NA DOR CRÓNICA

A QDV é um termo popularmente corrente desde o último quarto do século XX, tendo-se tornado um objecto de estudo para as ciências sociais muito embora o interesse da psicologia por ele apenas tenha surgido um pouco mais tarde (Pais Ribeiro, 2009). De acordo com este autor, que se baseia na posição de Hermann (1993), a popularidade do termo acabou por se traduzir numa maior dificuldade em determinar o construto subjacente, pelo que estamos ainda longe de uma definição clara do mesmo, de identificar as suas componentes essenciais, de o diferenciar daquilo que o determina, e de obter instrumentos consensuais que o avaliem. Em função de tudo isto, acabam por surgir na literatura inúmeras definições

de QDV que são, em termos objectivos, conceptualmente diferentes, e com necessárias implicações no processo de avaliação da mesma (Pais Ribeiro, 2005).

Contudo, em 1994, a OMS, ao pretender desenvolver um instrumento de avaliação da QDV, definiu-a como a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto da sua cultura e do sistema de valores onde está inserido, e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações (WHOQOL Group, 1994); nesse processo pretendeu dar-se ênfase ao carácter subjectivo da auto-avaliação do indivíduo, encontrando-se este circunstanciado por um contexto social, cultural e físico específico (WHOQOL Group, 1995). Este interesse pela experiência individual da QDV, e a percepção subjectiva da mesma, tem sido manifestado desde um dos primeiros grandes estudos sobre esta temática (Campbell, Converse & Rodgers, 1976, cit. in Pais Ribeiro, 2009). No entanto, acreditamos que a importância da perspectiva do paciente, idiossincrática e baseada na percepção pessoal deste, já foi largamente debatida no capítulo anterior, motivo pelo qual não a voltaremos a aprofundar. Resta-nos apenas acrescentar, no que diz respeito à QDV, que ela é considerada uma das características relativamente consensuais em relação a este construto (Pais Ribeiro, 2005, 2009). Para além desta, que se encontra intimamente associada à ideia do auto-relato na sua avaliação, Pais Ribeiro (2005, 2009) menciona outras duas características que tendem a ser identificadas com a avaliação da QDV: a variação temporal, uma vez que esta avaliação se altera em diferentes momentos; e a multifactorialidade, significando que os parâmetros da QDV abrangem mais que um único aspecto ou domínio.

Independentemente das dificuldades dos diversos estudos realizados tendo em vista a definição da QDV, um outro aspecto tem sido considerado consensual, a saúde é repetidamente mencionada como o domínio que melhor a explica, motivo pelo qual tendem a ser muitas vezes confundidos os dois construtos. Mesmo que muitas vezes possam ser identificados como sinónimos, a QDV e a saúde são, para vários autores (e.g., Ware, 1991, cit. in Pais Ribeiro, 2009), construtos substancialmente diferentes, constituindo-se a saúde como mais um dos indicadores da QDV, podendo esta última ser usada num maior número de contextos. A vulgarização do termo QDV no âmbito da medicina, com impacto também na literatura científica associada ao contexto biomédico, acabou por dar origem a um outro conceito, o de qualidade de vida relacionada com a saúde (QDVRS); esta corresponde à “qualidade de vida que depende ou está relacionada com a doença e que é definida, por exemplo por Hermann (1995), como o ‘impacto da doença e do tratamento no doente’” (cit. in Pais Ribeiro, p. 37), devendo aí ser incluídos os diferentes domínios da saúde (físico, psicológico e social) considerados pela OMS desde 1948. Segundo Currey, Rao, WinWeld e Callahan (2003), a QDVRS tem vindo a ser considerada como uma variável essencial na tomada de decisões em termos de cuidados de saúde (e.g., deslocação de recursos, intervenções, desenhos de tratamento), e que isso aconteceu com particular relevância nas doenças crónicas, entre as quais figura a FM.

Em termos gerais, podemos dizer que a QDVRS corresponde a um outro construto muito semelhante, o de estado de saúde, não surpreendendo por isso que Hoffman e Dukes (2008) refiram que eles são os dois construtos mais comumente associados ao SF-36, um dos instrumentos de referência para a avaliação dessa perspectiva mais restrita da QDV. Ainda assim, o estado de saúde tem subjacente a perspectiva temporal de avaliação da saúde, pois como considera Ferreira (1998), o “estado de saúde corresponde a uma descrição de saúde, num ou em mais pontos no tempo (abordagem transversal)” (p. 17). Por seu lado, a QDVRS, de acordo com Andresen e Meyers (2000) inclui o estado de saúde (e.g., físico, psicológico, funcionamento social), mas "*may also measure impairment, symptoms, or disability. But because the health of individuals is not just the absence of disease, HRQOL measures usually incorporate perceptions, role functions, social health, and general wellbeing, and may even measure aspects of spirituality, sexual function, life satisfaction, and environment*" (p. S30). Pela nossa parte, ao referirmo-nos aos resultados do instrumento usado para a avaliação destes aspectos (SF-36), usaremos os termos QDV, QDVRS e estado de saúde indiscriminadamente, mas apenas numa perspectiva facilitadora da sua menção.

Uma revisão relativa à utilização e recomendação de diversos instrumentos que avaliam a QDVRS (Andresen & Meyers, 2000) constatou que as três escalas mais comuns são o SF-36, o *Sickness Impact Profile* e o *Quality of Well-Being* (doravante designada por QWB), sendo as duas primeiras aquelas que têm sido usadas com mais sucesso na investigação de indivíduos com incapacidades. No que respeita à FM, a diversidade de instrumentos usados até ao momento para avaliar a QDV tem sido enorme (cf., Wallace & Hallegua, 2001); entre os instrumentos utilizados contam-se a avaliação de construtos mais ou menos próximos do considerado para o SF-36: dor, cansaço e qualidade de sono (*McGill Pain Questionnaire, West Haven Yale Multidimensional Pain Inventory, Pain Experience Scale, Pittsburgh Sleep Quality Index*); funcionalidade (*Health Assessment Questionnaire, Arthritis Impact Measurement Scales, Fibromyalgia Impact Questionnaire, Work simulation tasks, Duke-UNC Health Profile, QWB, Activities of Daily Living*); limitações (*Measurements of strength, stamina, and quality*); entre outros. Contudo, em termos de resultados, ou daquilo que diversos autores (e.g., Wallace & Hallegua) classificam como construtos associados aos resultados, o SF-36 é aquele que mais se adequa a essa avaliação. Tal como é definido pelos seus criadores, o SF-36 avalia o estado de saúde dos indivíduos (Ware, Snow, Kosinski & Gandek, 1993, cit. in Ferreira, 2000a), tendo surgido no âmbito de um estudo bastante mais alargado levado a cabo pela *Rand Corporation* nos EUA na década de 1980, o *Medical Outcomes Study* (MOS). Segundo Ware e Sherbourne (1992), esta investigação pretendia, entre outros objectivos, o desenvolvimento de um instrumento que permitisse detectar diferenças nos resultados médicos e uma monitorização contínua dos mesmos; isso incluía a possibilidade de comparação entre o estado de saúde físico e mental de diferentes populações, o conhecimento das condições de saúde de

diversos pacientes, em particular na doença crónica, bem como o efeito dos tratamentos no estado de saúde em geral (cit. in Ferreira, 2000a).

No entanto, esta investigação era também o resultado de um conjunto de preocupações que iam surgindo junto dos investigadores e dos clínicos relativamente aos resultados dos cuidados de saúde; isso haveria de dar origem ao aparecimento do modelo de resultados, uma outra perspectiva de encarar a saúde e a doença. De acordo com Pais Ribeiro (2005), o modelo de resultados constitui-se como um dos mais importantes marcos daquilo que ele define como a terceira revolução da saúde, depois do modelo biopsicossocial ter sido considerado como aquele que identifica a filosofia subjacente à segunda, e o biomédico à primeira. O modelo de resultados (Kaplan, 2000, cit. in Pais Ribeiro, 2005) salienta a duração da vida e a sua qualidade em vez das medidas clínicas do processo de doença, focando-se nos resultados decorrentes da presença ou não de doença, e das limitações daí decorrentes na qualidade e tempo de vida⁷. Segundo Pais Ribeiro (2005), a par destas novas preocupações, foram também surgindo novos modelos explicativos da QDV que se afastavam das abordagens tradicionais, permitindo correlacionar a morbilidade com a QDV, para além de se avaliar as interações causais que estas estabelecem com os aspectos psicossociais. Numa recente revisão de literatura relativa à QDV nas perturbações reumáticas, Walker e Littlejohn (2007) assumem a necessidade de utilização de medidas genéricas que se coadunem com os mais recentes modelos de QDV, modelos nos quais se coloca menos ênfase nos processos de doença ou na patofisiologia, citando como exemplo destas novas práticas o SF-36; a esse respeito, mencionam ainda que as anteriores medidas de avaliação de resultados da condição reumática, mais focadas no modelo biomédico e numa relação linear entre a incapacidade e os processos de doença, tendiam a descurar aspectos essenciais da QDV dos pacientes, esquecendo o facto de o grau de comprometimento não poder ser contingente da descoberta de uma determinada etiologia. Por seu lado, Sirgy (2002, cit. in Pais Ribeiro, 2005) considera mesmo que as relações entre as diversas variáveis são tão complexas e têm um carácter sistémico tal, que aquilo que são entendidas como variáveis de resultado (e.g., QDV, QDVRS, estado de saúde) podem igualmente ser variáveis de influência; i.e., em vez de se recorrer a um fluxograma linear dever-se-ão utilizar modelos mais complexos em que a QDV pode surgir como uma variável que actuará como protectora, em vez de ser considerada exclusivamente um resultado.

De facto, tal como formula Ogden (1999), os seres humanos não podem deixar de ser vistos como sistemas complexos, devendo ser considerada uma multiplicidade de factores na compreensão dos processos de doença e no seu tratamento, em vez de nos restringirmos a um único factor causal; é com base neste pressuposto que a psicologia da saúde pode reclamar a sua pertinência (Correia, 2006). Mas,

⁷ Para uma revisão do modelo de resultados ver Pais Ribeiro (2005, p. 69)

segundo este autor, a psicologia da saúde deve ir para além dos modelos biopsicossociais propostos, deixando de defender um modelo epistemológico que mantém latente uma explicação causal (ainda que não linear), de conhecimento empírico-universal, que não pondera, em muitos casos, a subjectividade e a experiência idiossincrática da doença. Em certo sentido, o modelo de resultados alarga ainda mais o modelo biopsicossocial que, por sua vez, já havia descentrado a atenção das relações lineares de causa-efeito e introduzido a preocupação com os aspectos psicossociais no modelo biomédico existente. As linhas orientadoras do modelo de resultados recentram a atenção nos processos de intervenção e na eficácia dos mesmos, para além de muitas das variáveis estudadas nesse âmbito enquadrarem uma perspectiva subjectiva na sua avaliação. De acordo com Schlenk et al. (1998), esta necessidade de mudança ainda se torna mais premente num momento da história da humanidade em que as preocupações se focam numa maior prevalência da doença crónica por oposição à doença aguda, face aos avanços conseguidos e decorrentes da aplicação do modelo biomédico.

A FM, enquanto doença crónica, ainda mais se enquadra nas preocupações latentes no modelo de resultados, uma vez que, como insistem Hoffman e Dukes (2007), por não ter uma cura identificada, o tratamento desta centra-se no alívio da sintomatologia associada (e.g., dor, fadiga), numa adequada gestão da sua evolução e num aumento da melhoria da QDV dos pacientes. Por outro lado, de acordo com Pais Ribeiro (2005), o modelo de resultados pondera a possibilidade de que, mesmo que a patofisiologia das doenças possa não estar identificada, como acontece no caso da FM, isso não conduza a uma desvalorização da condição do paciente. Entendida desta forma, a avaliação da QDV na FM pode ser considerada como um aspecto essencial tendo em vista a gestão do estado de saúde destes pacientes, a cronicidade da síndrome e a compreensão da sua condição individual. Não surpreende por isso que Pais Ribeiro (2009) recomende que a QDV seja considerada um *end-point* primário para as intervenções (pela nossa parte, acrescentamos que também deve ser considerado como um ponto de partida para novas intervenções), uma vez que quando se têm de tomar decisões em relação ao tratamento a adoptar, essas opções devem ser feitas com base em investigação científica que analise o impacto de determinados processos nos resultados clinicamente importantes, entendidos estes últimos como aqueles que têm impacto numa melhoria da vida dos doentes.

As perturbações músculo-esqueléticas constituem-se como as mais comuns razões para a utilização dos cuidados de saúde, em função do seu elevado comprometimento funcional, níveis de dor e incapacidade de trabalho, e a FM e a AR são as duas causas mais frequentes dessa utilização (Walker & Littlejohn, 2007). Segundo estes autores, por esse motivo não surpreende que a preocupação com a QDV destes pacientes se tenha tornado uma prioridade para a OMS. Este interesse decorre de numerosas investigações que têm existido no sentido de avaliar a QDVRS de indivíduos com perturbações músculo-esqueléticas, e que têm confirmado, sucessivamente, as conclusões resultantes dos estudos iniciais. Uma

das investigações mais relevantes foi realizada por Picavet e Hoeymans (2004), junto de uma vasta amostra ($N=3664$; 43 com FM) de indivíduos com auto-relatos de doenças músculo-esqueléticas; os autores constataram que as dimensões mais tipicamente afectadas nestas perturbações são o funcionamento físico e a dor no SF-36 e a mobilidade e a dor no *Euroqol Questionnaire* (doravante designado por EQ-5D). A FM encontrava-se ainda entre as doenças mencionadas como tendo uma pior QDVRS, entre as quais se encontravam outras como a AR, a OA, ou a osteoporose (doravante designada por OP). No entanto, comparando com as outras doenças músculo-esqueléticas, a FM era uma das excepções, a par da AR, em relação às 4 dimensões associadas à saúde mental do SF-36 e à ansiedade/depressão do EQ-5D, uma vez que apresentava um valor mais baixo do que a população em geral; a situação na FM era ainda mais grave do que na AR, pois nesta os valores eram mais baixos em todas as dimensões. Uma outra conclusão dos autores remete para a importância da avaliação da comorbilidade entre diversas perturbações músculo-esqueléticas que tendem a agravar a QDVRS dos pacientes. Um outro estudo posterior (Bergman, 2005), também junto de uma amostra bastante alargada ($N=3928$), voltou a confirmar estes resultados, relatando um impacto muito negativo no estado de saúde físico e mental, avaliado pelo SF-36, para os subgrupos de dor crónica generalizada, incluindo o subgrupo com FM.

Em função do exposto, constata-se como a FM tem um vasto impacto no estado de saúde destes indivíduos, e de uma forma tal que não se reduz a uma deterioração da condição física. Segundo Walker e Littlejohn (2007), a avaliação do funcionamento psicológico dos indivíduos, nomeadamente a depressão, é um processo essencial nas perturbações músculo-esqueléticas em função do seu impacto no próprio estado de saúde, para mais se considerarmos a relação recíproca entre aquilo que é definido por saúde mental e saúde física. Os diversos sintomas que podem estar presentes na FM, desde as dificuldades cognitivas ao cansaço persistente, passando pela ansiedade e depressão, acabam por ter um imenso impacto na vida diária, limitando o funcionamento e bem-estar emocional destes pacientes (Bernard, Prince & Edsall, 2000). E isso acontece de uma tal forma que acaba por condicionar os diferentes domínios da saúde (físico, psicológico e social) considerados pela OMS desde 1948, uma vez que, de acordo com Arnold et al. (2008), a presença constante de sintomas de FM acaba por transformar a maneira como estes pacientes encaram a sua vida. Arnold et al. (2008) insistem que a severidade e imprevisibilidade dos sintomas tornam difícil o funcionamento social em termos de trabalho ou de actividades de lazer, e, por outro lado, a falta de compreensão ou de aceitação em relação às limitações da FM contribuem também para um maior isolamento e afastamento social. Neumann, Berzak e Buskila (2000) vão ainda um pouco mais longe, e afirmam que a QDV dos familiares dos fibromiálgicos acaba também por ser comprometida em função das características da própria síndrome.

Independentemente do tipo de GC utilizado (saúáveis, outras perturbações músculo-esqueléticas, condições de dor ou doença crónica) tem-se constatado que a população fibromiálgica está entre as populações que mais vê as suas condições existenciais limitadas pela sintomatologia associada à própria síndrome; uma revisão de literatura mais aprofundada que faremos adiante tornará esta questão inequívoca. No entanto, o mesmo acontece quando recorremos a diferentes tipos de instrumentos, quer se usem metodologias quantitativas ou qualitativas, quer se apliquem escalas específicas ou genéricas. Ciccone et al. (2005) mencionam isso claramente, ao referirem que, com base numa revisão de literatura, pode-se verificar a existência nesta população de níveis de dor e de comprometimento funcional mais intensos do que em outros grupos com quem tendem a ser comparadas, independentemente das formas de avaliação dessa dor e comprometimento. No caso da FM, as preocupações com a QDV destes pacientes, acabou por conduzir à criação do FIQ, um instrumento desenvolvido para avaliar especificamente a QDV e a capacidade funcional dos pacientes com FM, para além de se poder medir a evolução clínica e os resultados terapêuticos de diferentes intervenções (Burckhardt, Clark & Bennett, 1991).

Desde então, o FIQ tornou-se um dos instrumentos mais usados para avaliar a FM, permitindo discriminar a capacidade funcional, capacidade para o trabalho, depressão, ansiedade, sono, dor, rigidez, fadiga e bem-estar destes pacientes, entendidas estas como áreas que tendem a ser afectadas na FM. Ainda assim, de acordo com Bennett et al. (2009), o FIQ apresenta algumas deficiências que têm limitado um uso clínico mais alargado, pelo que propuseram uma versão revista deste. Em função da sua importância, o FIQ foi traduzido para diversas línguas (sueco, turco, coreano, francês, alemão, espanhol, italiano), tendo também sido adaptado e validado para a realidade portuguesa em 2006 por Rosado, Pereira, Fonseca e Branco. Ainda assim, num estudo qualitativo sobre o impacto da FM na QDV e no funcionamento dos pacientes a partir da sua própria perspectiva, e com recurso a metodologias qualitativas, Arnold et al. (2008) insistem que a FM é mais que uma condição com impacto na dor, estando associada com uma multiplicidade de sintomas e com um substancial impacto negativo no funcionamento e na QDV destes pacientes. Em função disso, os mesmos autores defendem que a existência de um instrumento de avaliação da FM como o FIQ acaba por não aceder a domínios de funcionamento que tendem a ser mencionados pelos pacientes, nomeadamente o impacto no funcionamento social e ocupacional. Acresce a isso, segundo Arnold et al. (2008), o facto de o FIQ estar orientado para elevados níveis de incapacidade; nesse sentido, os instrumentos existentes acabariam por não avaliar adequadamente o impacto da FM na vida dos pacientes, defendendo por isso a utilização de metodologias qualitativas.

De qualquer das formas, constatamos que, mesmo utilizando instrumentos que avaliem construtos um pouco mais afastados da QDV, como a qualidade de bem-estar, tal como o fez Kaplan, Schmidt e Cronan (2000), os pacientes com FM continuam a apresentar um grave comprometimento. Kaplan et al.

(2000) constataram que o resultado da qualidade de bem-estar foi de .56, o que é ligeiramente acima de uma patologia tão grave como a doença de Alzheimer (.51), sugerindo que, por cada ano de vida com FM, os pacientes perdem o equivalente a .44 de QDV/ano. Mesmo que tomemos em consideração todas as propostas metodológicas relativas à avaliação da FM, uma breve revisão de literatura permite compreender que o instrumento que, tendencialmente, tem sido mais utilizado para a avaliação do estado de saúde dos pacientes com FM é o SF-36, ainda que se possa, em muitos casos, recorrer simultaneamente ao FIQ. Em função de tudo isto, e do instrumento utilizado nesta investigação ser o SF-36, não surpreenderá que a revisão de literatura que iniciaremos agora se centre nos estudos que tenham utilizado esta escala.

Uma recente revisão (Hoffman & Dukes, 2008) permitiu perceber que, apesar da FM ser um construto controverso, os diversos estudos realizados em todo o mundo, apontam para o facto de que o estado de saúde destes pacientes é muito consistente – os pacientes com FM apresentam um significativo comprometimento da sua saúde física e mental, com um padrão de estado de saúde mais deteriorado em termos gerais quando comparados com a população em geral ou com outras condições de dor que são amplamente aceites como bastante incapacitantes, nomeadamente a AR, a OA, o lúpus eritematoso sistémico (doravante designado por LES), a OP, a síndrome de dor miofascial e a síndrome de Sjögren primária. Nesse artigo, os autores compararam 37 estudos, publicados entre 1990 e 2006, que recorreram ao SF-36 ou ao SF-12 (uma versão reduzida do SF-36) para avaliar o estado de saúde de pacientes com FM; esses estudos colocavam a FM em relação com a população em geral ou com outras condições de saúde. Os resultados obtidos ainda mais devem ser considerados se tivermos em linha de conta que esta revisão de Hoffman e Dukes (2008) incluiu artigos de diversos países do mundo e com diferentes metodologias de investigação: pesquisas na população em geral (Holanda – Picavet & Hoeymans, 2004; Suécia – Bergman, 2005); estudos transversais de doentes externos de instituições clínicas (Brasil – Pagano, Matsutani, Ferreira, Marques & Pereira, 2004; Martinez et al., 2001; Turquia – Ulas et al., 2005; Alanoglu et al., 2004; Tüzün, Albayrak, Eker, Sözyay & Daskapan, 2004); Canadá – Raj, Brouillard, Simpson, Hopman & Abdollah, 2000; Da Costa et al., 2000; Estados Unidos – Reisine, Fifield, Walsh & Dauser, 2004; Walker et al., 1997a; Israel – Neumann et al., 2000; Buskila, Neumann, Alhoashle & Abu-Shakra, 2000); estudos longitudinais resultantes de ensaios clínicos (14 artigos de diversos países, Espanha, Estados Unidos da América, Brasil, Holanda, Nova Zelândia, Suécia, Israel); e, finalmente, estudos sobre o estado de saúde de grupos fibromiálgicos com e sem comorbilidade de outras condições de dor.

Em termos gerais, os resultados obtidos indicam que a componente mental do estado de saúde tende a estar 1 DP abaixo da média da população em geral e a componente física 2 DP abaixo. Da mesma forma, o estado de saúde dos pacientes com FM é similar ou está significativamente mais comprometido

que o de outras condições de dor crónica em todas as oito dimensões analisadas pelo SF-36, quer elas pertençam à componente física ou mental (componente física: funcionamento físico, desempenho físico, dor física, saúde em geral; componente mental: saúde mental, desempenho emocional, funcionamento social, vitalidade). Dois estudos realizados junto da população em geral, em que os dados tendem a não ser enviesados pela procura de ajuda, apontam para essa tendência, bem como todas as investigações transversais e longitudinais. Estas duas últimas confirmam ainda que, em todas as oito dimensões, a população com FM tem significativamente pior estado de saúde que os GC constituídos por indivíduos saudáveis. Uma outra perspectiva de análise realizada por Hoffman e Dukes (2008), comparando homens e mulheres fibromiálgicos com base num estudo de Buskila et al. (2000), remete também para a hipótese de o estado de saúde ser mais deficitário nos homens do que nas mulheres com FM, apesar da baixa prevalência nestes.

Um outro artigo bastante referenciado é um estudo comparativo entre diferentes perturbações crónicas (incontinência urinária, cancro da próstata, doença pulmonar obstrutiva crónica, SIDA, hiperlipidemia e FM) realizado por Schlenk et al. em 1998. Os investigadores constataram que, comparando com os dados normativos, os pacientes com FM, a par dos com incontinência urinária, doença pulmonar obstrutiva crónica (doravante designada por DPOC) e SIDA, tinham o estado de saúde mais deficitário em quase todas as dimensões, excepto na saúde mental; tinham também uma maior variabilidade em termos de desempenho emocional. Segundo Schlenk et al. (1998), estes resultados remetem para a importância da cronicidade na FM, muito embora uma das limitações desta investigação tenha sido o reduzido número de sujeitos com FM ($N=18$); ainda assim, uma das questões que se levanta é o facto de estarmos perante uma síndrome que tem um impacto no estado de saúde que é semelhante ou mais grave que o de outras doenças crónicas, mesmo que estas não sejam músculo-esqueléticas. E isso parece-nos particularmente significativo, uma vez que são estabelecidos como pontos de referência a doença crónica, para além das doenças músculo-esqueléticas e imunológicas, incluindo doenças tão incapacitantes como a AR ou o LES.

No que diz respeito a esta última, num dos artigos mencionados na revisão de Hoffman e Dukes (2008), Da Costa et al. (2000) compararam o estado de saúde percebido de pacientes com FM e LES através do SF-36. Sabendo-se do impacto na QDV do LES, ainda mais se tornam relevantes os resultados obtidos, uma vez que os pacientes com FM tinham significativamente mais comprometidos o valor total da componente de saúde física e três das subescalas que a constituem (função física, desempenho físico e dor corporal), para além de que, sendo a fadiga um dos sintomas mais presentes na FM, acontecia o mesmo com a subescala de vitalidade. Para além disso, segundo Hoffman e Dukes (2008), os pacientes com FM apresentam, em todos os estudos, resultados significativamente inferiores nas subescalas de dor corporal e de vitalidade, o que é consistente com a sintomatologia característica da FM. Esta é também

uma das conclusões de Schlenk et al. (1998) no estudo comparativo com outras perturbações crónicas. Simultaneamente, Hoffman e Dukes (2008) insistem que estas duas subescalas permaneciam com valores 1 DP abaixo da população em geral, mesmo considerando a FM isoladamente e eliminando a existência de outras condições de dor concomitantes. Segundo estes, em nenhum caso o comprometimento na FM podia ser totalmente explicado por condições de saúde concomitantes, contribuindo sim a FM para o agravar do estado de saúde dos indivíduos com outras patologias. No entanto, esta síndrome foi a única exclusivamente associada com um agravamento da componente mental da saúde em indivíduos com patologias concomitantes, o que não acontecia na saúde física, embora os autores afirmem que estes dados precisam de ser replicados.

Por outro lado, os resultados de Da Costa et al. (2000) acentuam a ideia de que a deterioração física nesta população tende a ser, pelo menos, semelhante à de outras condições reumatológicas das quais se conhecem os mecanismos fisiopatológicos, e algumas particularmente incapacitantes como o LES. A revisão de Hoffman e Dukes (2008) confirma este facto numa escala muito mais alargada, mas permite também revelar um outro aspecto para além do comprometimento das subescalas de dor corporal e vitalidade, que é a alteração da dimensão “desempenho físico”, quase sistematicamente uma das mais afectadas;. Correspondendo esta subescala a uma avaliação, em termos gerais, do impacto dos problemas físicos no trabalho realizado, e sendo esta uma escala de auto-relato, isso tem suscitado alguma discussão entre diversos autores, uma controvérsia bastante anterior ao estudo de Hoffman e Dukes (2008). Hidding et al. (1994), por exemplo, detectaram uma discordância significativa entre os auto-relatos de comprometimento funcional e a sua visualização por vídeo, ainda que isso acontecesse não apenas na FM, mas também na espondilite anquilosante e na AR⁸.

Independentemente disso, a revisão de Hoffman e Dukes confirma que a componente física do estado de saúde tende a estar significativamente comprometida, tanto como na AR e mais que no LES; e a componente mental tanto como no LES e mais que na AR, outras duas patologias imunológicas e músculo-esqueléticas. Ao compararem os resultados da FM com os valores normativos para diversas patologias incluídas no MOS, os autores constatarem que estes são inferiores em todas as oito dimensões em relação a doenças como a diabetes de tipo II, semelhantes à da DPOC, e numericamente inferiores nas dimensões físicas à depressão, ainda que não o sejam no desempenho mental e na saúde mental, aspectos da SF-36 que medem exclusivamente a saúde mental. Esta comparação com a DPOC e a diabetes tinha já sido realizada por Burckhardt, Clark e Bennett (1993), envolvendo ainda outras patologias como a AR e a OA; para esse efeito recorreram a um outro conjunto de instrumentos, entre os quais se incluíam o *Duke-UNC Health Profile* e a *Arthritis Impact Measurement Scales*, e que apontam

⁸ Quartilho (2004), mais recentemente, voltou a levantar esta questão da “validade facial desta incapacidade” (p. 116), discutindo-a largamente, pelo que para uma revisão desta temática indicamos o artigo desse autor.

para a ideia de que, independentemente das escalas usadas, a FM tem um comprometimento semelhante ao da DPOC e mesmo da diabetes *mellitus* de pacientes dependentes de insulina.

Por outro lado, segundo Hoffman e Dukes (2008), quando são estabelecidas comparações com a depressão, constatam-se que existem diferenças significativas no estado de saúde destes pacientes em escalas que são identificativas dos critérios de diagnóstico da FM, a dor e vitalidade. Contudo, a controvérsia em torno da saúde mental dos pacientes com FM, e da sua desadequada identificação com patologias mentais, entendemos já ter sido profusamente discutida no capítulo correspondente à psicopatologia, e como tal não voltaremos a abordar aqui essa questão em pormenor. Mais adiante, no entanto, centraremos a nossa atenção na relação entre a saúde mental destes pacientes e outras dimensões da saúde dos mesmos, mas esse é, parece-nos, um outro aspecto da discussão, e que se pode levantar no que diz respeito a qualquer patologia identificada enquanto tal pelo modelo biomédico. Por agora resta-nos concluir que, mesmo estudos que, em função dos critérios de revisão, não foram inseridos no artigo de Hoffman e Dukes (2008) não entram em confronto com as principais conclusões destes autores (e.g., Birtane, Uzunca, Taştekin e Tuna, 2007), antes as reforçam. Acontece o mesmo com estudos posteriores à revisão (e.g., Tander et al., 2008).

Em Portugal não foram muitos os estudos que recorreram ao SF-36 como instrumento de avaliação do estado de saúde de indivíduos com FM. No entanto, foi-nos possível identificar duas investigações, com cerca de 10 anos de diferença, que voltam a consolidar os resultados que anteriormente foram mencionados. Num estudo realizado em 1999, no âmbito do seu doutoramento, Quartilho comparou dois grupos de doentes, um com diagnóstico de FM e outro de AR. Nessa investigação, o SF-36 revelou valores mais elevados em todas as subescalas no caso da AR (recordamos que neste instrumento melhor estado de saúde corresponde a um valor mais elevado), apontando para um melhor estado de saúde global nesse grupo de pacientes em comparação com a FM. As diferenças entre os dois grupos foram estatisticamente significativas em todas as escalas à excepção do funcionamento físico e saúde geral. Em função disso, o autor concluiu que, em comparação com a AR, os pacientes com FM sentem uma maior interferência da sua saúde física nas actividades do dia-a-dia, sofrem mais com a intensidade da dor, sentem-se mais cansados e esgotados, têm um maior impacto na sua vida social e, com um maior comprometimento em termos emocionais, pelo que isso acaba por se reflectir na sua saúde mental mais deteriorada. Por outro lado, a comparação dos valores obtidos nos dois tempos (em 1997 e 1998) em nenhum caso revelou diferenças estatisticamente significativas. Em termos gerais podemos assim avançar que o SF-36 confirmou a presença de elevados índices de incapacidade e um pior estado de saúde global, tal como é consubstanciado pela impressão clínica e pela literatura (Epstein et al., 1999, cit. in Quartilho, 1999).

Um dos mais recentes estudos realizados em Portugal sobre a avaliação do estado de saúde dos pacientes com doenças reumáticas (Oliveira et al., 2009) voltou a reforçar a ideia de que deterioração do estado de saúde na FM é bastante superior quando comparada com a AR, mas também com a OA, pelo menos tal como é avaliado pelo SF-36v2; isso é particularmente significativo em duas das sintomatologias características da FM, a dor corporal e a vitalidade. De referir ainda que são essas duas subescalas aquelas que se encontram mais deterioradas. A seguir a estas, o maior grau de comprometimento era o relativo a outras dimensões da componente física do estado de saúde (saúde em geral, função física e desempenho físico), e só depois surgia o resultado da subescala de saúde mental que também se encontrava bastante deteriorada e tinha diferenças estatisticamente significativas em relação à AR e à OA. Estranhamente, o desempenho emocional foi a subescala com valores mais elevados não se reflectindo a saúde mental dos pacientes, de acordo com a sua percepção, no seu desempenho emocional. Muito embora os autores tenham definido como critérios de exclusão deste estudo realizado no serviço de reumatologia dos hospitais da Universidade de Coimbra a existência de perturbações cognitivas ou psiquiátricas, constatou-se que a componente mental conjunta da saúde encontrava-se também bastante afectada, com diferenças significativas face aos outros dois grupos; o mesmo não se podia dizer da componente física que apenas tinha diferenças significativas para a OA. Se, em muitos casos se conseguem identificar diferenças estatisticamente significativas entre a saúde mental dos fibromiálgicos e a de outras condições de saúde avaliadas, em outras isso não acontece (e.g., Tander et al., 2008), o que continua a deixar grande margem de manobra para a especulação sobre o papel da saúde mental em todo o processo. No fundo, mesmo esta questão acaba por consubstanciar a revisão de Hoffman e Dukes (2008), uma vez que estes autores defendem que a saúde mental nestes pacientes é, em muitos casos, semelhante à de outras patologias avaliadas como termo de comparação, ainda que em algumas delas possa ser inferior.

Muito embora se encontrem poucos estudos que avaliem a relação entre algumas variáveis psicossociais (e.g., AVN) e o estado de saúde dos indivíduos com FM, uma grande maioria procura perspectivar a existência de uma possível associação entre a saúde mental e a incapacidade funcional ou outros aspectos mais ou menos próximos do construto de QDV; para esse efeito recorrem-se a diferentes instrumentos. Segundo Verbunt, Pernot e Smeets (2008), o grau de comprometimento da FM, avaliado através do FIQ, é melhor explicado pela dimensão saúde mental do SF-36 do que pela função física, sendo o nível de distress mais elevado que outras condições de dor crónicas. Contudo, esta relação entre o FIQ e o SF-36 foi também abordada por Birtane et al. (2007) que verificaram que a associação entre algumas subescalas do SF-36 e o resultado do instrumento específico de avaliação da FM era significativo em mais dimensões, mas não em relação à saúde mental, o que contraria, de alguma forma, os resultados de Verbunt et al. (2008). Neste caso, os autores encontraram correlações significativas com

a função física, o desempenho físico e a dor corporal, e uma tendência na vitalidade, o que está de acordo com os critérios definidos para a FM.

Recorrendo a um outro construto para avaliar outro aspecto da saúde mental, o de bem-estar psicológico (doravante designado por BEP), Schleicher et al. (2005) constataram que um maior BEP na FM estava associado a uma menor incapacidade e fadiga, mas não acontecia o mesmo em relação à dor, colocando em causa uma relação entre o BEP e a dor corporal nestes pacientes. Em função disto, o papel da saúde mental nesta população continua a gerar discussão, sem que se chegue a uma conclusão, mesmo quando se trata de compreender a sua relação com diferentes aspectos do estado de saúde destes pacientes. Se a isso juntarmos a discussão em torno de qual a sintomatologia psiquiátrica que mais pode estar associada ao pior estado de saúde, ainda mais percebemos os motivos para a continuação da investigação sobre esta temática. O estudo de Verbunt et al. (2008) é exemplo disso, uma vez que não analisaram que tipo de mal-estar psicológico poderia estar associado a esse pior funcionamento físico. Birtane et al. (2007) procuraram fazê-lo mas os seus resultados não foram considerados particularmente significativos, uma vez que a depressão e ansiedade foram apenas avaliadas pelos respectivos itens da FIQ.

A este respeito, um estudo de Epstein et al. (1999) veio levantar algumas questões, mesmo que também suscitando dúvidas em função dos resultados obtidos. Com recurso a uma metodologia que incluía a aplicação, a uma amostra de cuidados de saúde terciários, da *Structured Clinical Interview* do DSM-III-R e o SF-36, os autores constataram que os pacientes que tinham, aquando da avaliação, uma perturbação de ansiedade ou de humor apresentavam uma maior deterioração da função física e mais mal-estar. Contudo, apenas nos pacientes com depressão actual as diferenças eram significativas, não ocorrendo o mesmo com a ansiedade, nem com possíveis historiais quer de uma, quer de outra, o que desde logo aponta para um maior papel da depressão neste processo. Ainda assim, ao recorrerem a modelos de regressão, Epstein et al. (1999) verificaram que apenas a ansiedade apresentava uma proporção significativa (29%) na variância da função física do SF-36, muito embora a depressão também se aproximasse da significância ($p=.09$), o que gera algumas dúvidas na relação da ansiedade e da depressão com o funcionamento físico nesta população.

Recorrendo exactamente às mesmas escalas, nomeadamente o BDI e o SF-36, Tander et al. (2008) encontraram correlações negativas estatisticamente significativas entre os resultados do BDI e todas as subescalas do SF-36, com valores mais acentuados em dimensões como o desempenho físico, saúde em geral, saúde mental e vitalidade; para além desse facto, e surpreendentemente, a contagem de pontos-dolorosos não apresentou qualquer correlação com nenhuma dimensão do estado de saúde. Em função disso, Tander et al. (2008) foram levados a ponderar a hipótese de um pior estado de saúde na FM estar mais relacionado com perturbações de humor do que propriamente com a dor. No entanto, uma

investigação de Ciapparelli et al. no mesmo ano obteve resultados diferentes, tendo demonstrado que a contagem de pontos-dolorosos é um bom preditor da componente física do estado de saúde. Uma coisa parece certa, independentemente da escala que se possa usar para avaliar a QDV, parece que a depressão, pelo menos analisada através do BDI, tem uma forte correlação com esta; foi novamente isso que aconteceu num estudo de Ofluoglu et al. (2005) que recorreu à *Arthritis Impact Measurement Scale II*, muito embora se possam levantar objecções metodológicas à aplicação desta escala à FM.

Um outro estudo de Furlong, Zautra, Puente, López-López e Paloma (2010) levanta também algumas objecções em função das opções metodológicas tomadas, ainda que alargue a perspectiva de uma associação entre a depressão e a QDV nestes pacientes a outros sintomas como a ansiedade, o stress e o afecto negativo; ao procurarem um modelo que considerasse domínios de adaptação cognitivo-afectiva que pudessem reforçar ou diminuir certos aspectos da QDV dos pacientes com FM, os autores constataram que o afecto positivo, a auto-eficácia e o locus de controlo interno tinham uma influência directa sobre o funcionamento físico e, indirectamente, aumentariam a tolerância à dor. Por outro lado, o stress, a ansiedade, a depressão e o afecto negativo prediziam a intensidade dolorosa e os sintomas associados à FM. No entanto, como referimos, as objecções que se podem levantar a este estudo são imensas, desde logo à questão dos instrumentos usados: três das variáveis mais importantes do estudo, a intensidade dolorosa, o funcionamento físico e a depressão/ansiedade foram avaliados através dos itens da FIQ correspondentes às mesmas, pelo que, tendo este instrumento uma consistência interna adequada para ser considerado enquanto tal, seria estranho que não houvesse relação entre os seus itens.

De qualquer das formas, mesmo a utilização de outras escalas para avaliar a depressão continua a manter uma associação estatisticamente significativa entre esta e várias dimensões de saúde do SF-36. Um estudo de Berber, Kupek e Berber (2005) vem reforçar dados anteriores que apontam para essa associação, mesmo que se continue a discutir quais as subescalas do SF-36 que têm uma maior associação, ou aquelas que a têm. Berber et al. (2005) constataram que a depressão, avaliada através do *General Health Questionnaire*, estava relacionada com baixos resultados nas seguintes dimensões: função física, dor corporal, função social, saúde mental e desempenho emocional, mesmo controlando-se a idade, o tempo de dor, o tempo de diagnóstico e a percepção da mudança na saúde após um ano. A comorbilidade da depressão, segundo Ciapparelli et al. (2008), acaba por ter um maior impacto do que a ansiedade nos pacientes com FM, afectando mais todas as subescalas do SF-36. No entanto, a presença de comorbilidade psiquiátrica, independentemente de ser depressão ou ansiedade, juntamente com um baixo nível de escolaridade, tendem a ser bons preditores de um estado de saúde deficitário em termos da componente mental (Ciapparelli et al., 2008).

A avaliação nos fibromiálgicos desta possível associação da ansiedade e/ou depressão com as diversas dimensões do SF-36, foi também explorada por Neumann et al. (2000); os autores fizeram essa

avaliação numa amostra de indivíduos com FM, em outra com fibromiálgicos recentemente diagnosticados, bem como em dois GC, um com dor generalizada e outro saudável. Os resultados obtidos apontam para que, tanto a depressão como a ansiedade estejam estatisticamente correlacionadas com todas as dimensões do SF-36, quer nos diagnósticos recentes, quer nos mais antigos. Em ambas as durações de diagnóstico, o desempenho emocional estava principalmente associada à depressão e ansiedade. No entanto, havia algumas diferenças entre os indivíduos incluídos nas diferentes durações de diagnóstico, uma vez que as dimensões menos afectadas pela depressão e pela ansiedade eram diferentes entre eles; nos diagnósticos mais prolongados, o desempenho físico era aquele que tinha um valor menos significativo em termos de correlação; nos diagnósticos recentes era a dor corporal, o que levanta questões em termos da necessidade de ponderação do tempo de diagnóstico quando avaliamos esta associação. Por outro lado, volta a acentuar-se um possível menor peso da saúde mental na dor sentida por estes pacientes, pelo menos em alguns casos, muito embora, como referimos anteriormente, esta relação entre saúde mental e dor seja bastante mais complexa como demonstram os estudos de Giesecke et al. (2005), e que apontam para a existência de diferentes aspectos no processamento da dor (e.g., sensório-discriminativos e afectivo-emocionais).

Da mesma maneira que se levantam objecções a uma relação linear entre psicopatologia e dor, colocam-se dúvidas sobre a forma como se estabelece a relação entre a dor, a incapacidade e os aspectos psicológicos. Quartilho (2004) aborda esta questão apresentando diversas hipóteses explicativas: uma possibilidade que lhe parece demasiado simplista de haver uma relação isomórfica entre dor e incapacidade, em que a dor seria a causa da incapacidade e esta acabaria por gerar um mal-estar emocional; a hipótese da incapacidade ser uma consequência primária de aspectos psicológicos mais que da dor, mas que levanta objecções uma vez que, segundo ele, não foram estabelecidas relações causais directas entre psicopatologia e incapacidade; e uma terceira conjectura que refere que “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, cit. in Quartilho, 2004, p. 115). Entre os diversos aspectos daquilo que é mencionado como comportamento de doença, tende a ser particularmente estudada a procura de cuidados de saúde. Mesmo que sendo mais comuns os estudos que estabelecem relações entre a procura de cuidados de saúde, a psicopatologia, a dor e o próprio estado de saúde, são mais raros aqueles que discutem a possível relação entre os AVN e o estado de saúde dos pacientes com FM; se considerarmos o estado de saúde nas suas diversas dimensões, tal como é avaliado pelo SF-36, ainda mais raras são as investigações que o fazem, o que deixa maior margem para a dúvida nessa possível relação.

Muito embora desde 1996, Wolfe et al. tenham referido a existência de 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” (cit. in Quartilho, 2004, p. 116), já no ano anterior Boisset-Pioro (1995) e Taylor et al. (1995) haviam aberto as hostilidades sobre esta temática. De facto, esta focalização nos AVN parece-nos que foi uma preocupação desde os estudos iniciais e, no ano imediatamente a seguir a Wolfe et al. (1996), dois outros estudos (Walker et al., 1997a, 1997b; Aaron et al., 1997) aprofundaram esta questão, nomeadamente, a associação entre os AVN e o comprometimento da saúde nestes pacientes; houve, contudo, um interregno na exploração desta temática que só voltou a ser retomada mais recentemente (e.g., Linares et al., 2008), ainda que a questão da associação entre FM e AVN esteja sempre latente e tenha continuado sempre a ser estudada, mesmo que não ponderando se isso agrava o estado de saúde destes pacientes. Em função da revisão de literatura realizada parece-nos que se parte do princípio de que isso acontece ou, por outro lado, explora-se unicamente a sua presença como factor de risco para o surgimento da sintomatologia fibromiálgica.

No que diz respeito aos estudos de Walker et al. (1997a, 1997b), os autores constatarem a existência de uma correlação significativa entre abusos e estado de saúde, o que não aconteceu no caso do GC (AR); essa correlação com os maus-tratos foi muito significativa no historial de diagnósticos psiquiátricos, no stress, no funcionamento físico e nos sintomas de somatização, muito embora também apresente resultados a considerar no que diz respeito a outros aspectos: níveis de neuroticismo, qualidade de sono, nº médio de dores, dissociação e coping. Ainda assim, mesmo que os autores considerassem que a ocorrência de maus-tratos na infância fosse um factor de risco para a FM, constataram que a existência de formas particulares de maus-tratos (e.g., abuso sexual) não tinham um efeito específico, muito embora o abuso físico na adultez apresentasse uma relação acentuada com a síndrome, bem como a severidade do trauma. De alguma forma, Aaron et al. (1997) voltam a acentuar a possibilidade de existir uma relação entre o trauma e o agravamento do estado de saúde dos pacientes com FM; os autores constatarem existir uma associação estatisticamente significativa entre o trauma emocional e a condição dos pacientes fibromiálgicos, estando este relacionado com um maior nº de consultas e um maior comprometimento funcional, fadiga, independentemente dos aspectos demográficos, do trauma físico e do abuso físico/sexual. No entanto, o historial de trauma emocional não estava relacionado com a severidade da dor nem no limiar da dor. Surpreendentemente porém, a percepção de trauma físico era um maior determinante da compensação por incapacidade na FM do que o trauma emocional, a severidade dos sintomas ou a incapacidade funcional; este facto levanta-nos algumas questões sobre a necessidade da existência de trauma físico nesta população para que a incapacidade possa ser considerada, numa separação desadequada entre os aspectos físicos e mentais no ser humano, e que acaba por ser discriminante e penalizador para a condição fibromiálgica.

Estes estudos iniciais não tiveram outros que se lhes seguissem a não ser, mais recentemente, a já referida investigação de Linares et al. (2008), um dos poucos estudos encontrados que procura analisar a relação do estado de saúde de indivíduos fibromiálgicos com os acontecimentos de vida traumáticos. Em função dos resultados obtidos, verificou-se que ter um maior nº de filhos, estar cansado ou com um estado de humor depressivo, foram os aspectos que mais afectaram as actividades diárias. Simultaneamente, algumas variáveis estavam significativamente associadas a um maior impacto funcional da FM: um baixo nível educacional; idade mais elevada; estar com tratamento farmacológico; um diagnóstico de doença mental aquando da avaliação ou terem tido um historial da mesma; a ocorrência de acontecimentos de vida traumáticos; as repercussões da FM no ambiente familiar e a falta de suporte social. Contudo, esta possível associação entre a existência de acontecimentos de vida traumáticos e o impacto/estado de saúde na FM teve como escala de avaliação a FIQ e não especificamente o SF-36, podendo isso ser invocado como motivo para os resultados obtidos que apontavam para um maior comprometimento nos indivíduos com acontecimentos de vida traumáticos. Por outro lado, Linares et al. (2008) apenas analisaram a ocorrência de acontecimentos de vida traumáticos enquanto variável categorial (terem ou não ocorrido). Não surpreende por isso que, de alguma forma, Pae et al. (2009) tenham vindo a colocar em causa esta possível relação; um estudo por eles realizado apontou para que o estado de saúde dos indivíduos com FM (SF-36) não estava associado a um historial de abuso avaliado através do *Sexual and Physical Abuse Questionnaire*. No entanto, após 12 semanas de tratamento com paroxetina, os indivíduos que tinham sido alvo de abuso sexual demonstravam significativamente menos mudanças no estado de saúde do que aqueles que não tinham esse historial; ainda assim, Pae et al. (2009) concluem que um historial de abusos sexuais e/ou físicos não permite prever a resposta a determinado tratamentos.

De facto, a hipótese de uma associação entre os AVN e o estado de saúde na FM pode até nem estar relacionada com acontecimentos como o abuso sexual ou físico, mas com outro tipo de AVN, tal como aponta uma outra investigação anteriormente mencionada (Da Costa et al., 2000); usando o SF-36 em vez do FIQ foi possível identificar que um melhor estado de saúde físico estava associado a um mais elevado rendimento, mas que não havia uma associação a qualquer das outras variáveis avaliadas [idade, nº de pontos-dolorosos, stress (*hassles*), coping e suporte social]. Contudo, uma pior saúde mental estava muito significativamente relacionada com mais *hassles*, um coping emocional e menor satisfação com o suporte social, demonstrando uma possível associação entre os AVN (através dos *hassles*) e a saúde mental nestes pacientes, ainda que tal possa não acontecer na componente física do estado de saúde.

Apesar dos estudos apresentados, acreditamos que a questão relativa ao papel dos AVN no estado de saúde dos fibromiálgicos continua em aberto, sendo necessária mais investigação que consubstancie a discussão em torno da importância dos AVN no desenvolvimento da síndrome; o mesmo se pode dizer

relativamente à saúde mental e à sua possível associação com o estado de saúde. Um conjunto mais vasto de outras variáveis psicossociais tem vindo a ser aprofundado, nomeadamente a auto-eficácia, o coping e o suporte social. Várias investigações têm apontado para a importância dessas três variáveis no estado de saúde dos pacientes com FM, muito embora elas não tenham sido abordadas na presente investigação; são disso exemplo os artigos de Bernard, Prince e Edsal (2000), Cronan, Serber e Walen (2002), Schoofs, Bambini, Ronning, Bielak e Woehl (2004), Beal, Stuifbergen e Brown (2009). Estes últimos investigadores, contudo, acentuam que existe relativamente pouca literatura que correlacione e permita indicar preditores de práticas saudáveis em indivíduos com FM, para mais quando comparada com o que se conhece face à população em geral.

Independentemente disso, parece-nos claro que toda a investigação aponta para um elevado comprometimento do estado de saúde dos pacientes com FM, bem como a importância de considerarmos esta variável como enquadrada numa outra que é fundamental ser explorada nestes pacientes, a QDV. No nosso entender, apenas através do transpor dessa última fronteira e da descoberta de quais as variáveis que garantem uma melhoria da QDV, se podem desenvolver processos terapêuticos adequados que ultrapassem aquilo que Quartilho (2004) define como “o impacto global da fibromialgia nas tarefas do dia-a-dia e o prejuízo da qualidade de vida associado” (p. 115), insistindo que isso tem sido confirmado em vários estudos comparativos que demonstram a natureza prejudicial desta síndrome para o estado de saúde. De qualquer das formas, em nenhum caso pode a psicologia da saúde negar a sua finalidade principal: “compreender como é possível, através de intervenções psicológicas, contribuir para a melhoria do bem-estar dos indivíduos e das comunidades” (Carvalho Teixeira, 2004, p. 441).

PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO

METODOLOGIA

METODOLOGIA

1. QUESTÕES E OBJECTIVOS DE INVESTIGAÇÃO

A revisão da literatura permitiu-nos perceber que a maioria dos estudos de âmbito psicossocial sobre a FM tende a dividir-se em duas grandes linhas de investigação, as quais poderão, por sua vez, ser enquadráveis em duas perspectivas de saúde e de doença – o modelo biopsicossocial e o modelo de resultados. Com base na primeira abordagem encontramos estudos que analisam os factores predisponentes, precipitantes e de manutenção da FM, não apenas averiguando da relação entre si e contextualizando a mesma (e.g., Wentz et al., 2004; Van Houdenhove & Egle, 2004), mas também avaliando a prevalência desses factores em comparação com diferentes GC (indivíduos saudáveis ou com outras doenças reumatológicas e/ou com dor crónica). Uma outra linha de investigação, enquadrável no modelo de resultados, centra-se em estudos que dão prioridade à avaliação da sintomatologia e da QDV dos pacientes com FM, alguns deles também recorrendo à comparação com outras populações.

Por outro lado, ao analisarmos detalhadamente as duas abordagens, constatamos que, entre os diversos factores predisponentes e/ou precipitantes estudados, os AVN, e em particular os abusos físicos e sexuais, rapidamente começaram a ser alvo de investigação face à evidência da sua observação clínica, bem como da sua discutida relação com a condição de dor crónica; esses estudos começaram a ter particular incidência desde 1995, cinco anos após a definição, por parte do ACR, dos critérios de diagnóstico da síndrome (Wolfe et al., 1990). Depois disso, numerosos estudos aprofundaram essa temática com recurso a diferentes metodologias, acabando muitos dos resultados obtidos por terem um carácter contraditório, muito embora se possa perspectivar uma tendência na compreensão dos AVN nesta população: mesmo que os primeiros estudos de carácter retrospectivo apresentassem resultados contraditórios, foi possível identificar uma tendência inicial que apontava para uma elevada prevalência de AVN nesta população, em particular de abuso físico e sexual na infância; gradualmente, as metodologias de investigação foram recorrendo a amostras comunitárias em detrimento de amostras de cuidados de saúde secundários e terciários, insistindo-se também em outros instrumentos, e isso acabou por ter reflexos nos resultados obtidos – a tendência inicial começou a ser colocada em causa e avançou-se com a possibilidade de os AVN terem um carácter vulnerabilizador, que se estende ao longo de toda a vida do indivíduo, e que não se circunscreve ao abuso físico e sexual na infância, havendo uma grande percentagem de indivíduos com FM que não sofre esses abusos; isso tem remetido para o aparecimento de estudos que exploram os diferentes subgrupos de pacientes com FM, sendo possível identificar características diferentes entre eles resultantes da ocorrência ou não de abusos, bem como de outros

factores psicossociais; as mais recentes investigações prospectivas têm vindo a desmentir a frequência dos abusos na FM, acentuando a vulnerabilidade genética, vulnerabilidade essa que geraria um maior impacto dos AVN, quaisquer que eles fossem, discutindo-se na actualidade o próprio impacto dos *daily hassles*; presentemente encontramos duas perspectivas diferentes, uma que acentua mais o carácter genético da síndrome (e.g., Raphael, 2006) e outra a influência do trauma (e.g., Van Houdenhove, 2003), muito embora nenhuma delas negue a importância de se enquadrarem as duas abordagens num modelo biopsicossocial.

Mais consistentes têm sido os resultados em relação à avaliação da QDV na FM, para mais se considerarmos que têm sido estudadas populações muito diversificadas em termos de enquadramento sociocultural; isso tem, de alguma forma, reforçado o quadro de compreensão desta síndrome e da sintomatologia a ela associada: os pacientes com FM encontram a sua QDV tão ou mais deteriorada que muitas das doenças consideradas como profundamente comprometedoras e com fisiopatologias claramente identificadas; da mesma forma, o comprometimento desta população atravessa diferentes áreas da sua vida e não se reduz à dor e à fadiga, apresentando em alguns casos valores elevados de comorbilidade com outras patologias. Simultaneamente, os estudos que exploram a psicopatologia na FM, independentemente do modelo onde a enquadram (biopsicossocial ou de resultados), têm apontado para uma diversidade de condições que não permitem generalizar a sua existência a toda a população fibromiálgica, discutindo-se inclusive essa psicopatologia como causa ou consequência do quadro de dor e fadiga da FM.

Contudo, este aprofundamento do estudo dos AVN, da psicopatologia e da QDV separadamente, não se reflectiu no surgimento de investigações que explorem a relação entre essas variáveis e em que medida estas se podem encontrar associadas. Raros são os estudos que abordam esta questão, tendo sido tendencialmente avaliada através do recurso a estudos de caso-controlo, nos quais se procura verificar a existência de diferenças significativas entre mulheres abusadas e não abusadas no que se refere à dor e fadiga; tal acaba por não reflectir a existência de uma possível relação desses abusos com as diferentes dimensões do estado de saúde da população fibromiálgica.

Neste sentido, a questão central que se coloca é se a severidade de AVN na FM está associada ao estado de saúde presente na síndrome, considerando que a ideia da existência de uma elevada frequência de AVN não tem sido confirmada pelos estudos mais recentes, particularmente os de carácter prospectivo. Na nossa perspectiva, esta questão revela-se fundamental, uma vez que pode permitir uma ponderação adequada dos AVN e da psicopatologia no tratamento destes pacientes e na melhoria da sua QDV; acresce a isto o facto de, não tendo até ao momento sido identificada a fisiopatologia subjacente à síndrome, ser particularmente desafiador procurar caminhos que nos permitam uma compreensão mais

abrangente da condição dos pacientes com FM, da elevada incapacidade associada à mesma, e do impacto do seu problema de saúde na QDV.

Em função do desenho da investigação, primeiro procuramos estudar separadamente as diversas variáveis e, posteriormente, avaliar a hipótese de associação entre elas. Assim, **numa primeira fase**, os objectivos são os seguintes:

- a) Analisar a possível existência de acontecimentos de vida associados ou próximos do início dos sintomas de FM;
- b) Descrever categorialmente as características desses acontecimentos;
- c) Identificar os AVN ao longo da vida com maior frequência, impacto e severidade (frequência x impacto) numa amostra comunitária de fibromiálgicos;
- d) Especificar os valores de prevalência de abuso físico e sexual que estão presentes na amostra em estudo;
- e) Comparar com anteriores investigações os resultados obtidos em relação aos AVN, e ao abuso físico e sexual em particular;
- f) Avaliar a presença de sintomas de ansiedade, depressão e ansiedade, e determinar o grau de severidade dos mesmos;
- g) Estudar o estado de saúde dos pacientes com FM, identificando quais as dimensões e componentes mais comprometidas;
- h) Comparar com anteriores investigações os resultados obtidos em relação à psicopatologia e ao estado de saúde.

Num **segundo momento da investigação** é nosso objectivo relacionar as variáveis em estudo, no sentido de verificar em que medida a severidade (frequência x impacto) pode estar associada a um agravamento da psicopatologia e do estado de saúde dos fibromiálgicos; a existir essa relação, pretendemos avaliar com que dimensões e componentes do estado de saúde ela tende a ser estabelecida, bem como o papel que as diversas sintomatologias psiquiátricas podem desempenhar na mesma.

Transversal a todo o estudo é a análise do carácter mais ou menos homogéneo deste diagnóstico, bem como das características associadas a esta população. Dessa forma, ao longo de toda a investigação é nosso objectivo ponderar em que medida podem os dados maioritariamente obtidos ser entendidos como identificadores da FM, ou associados a uma população que apresenta, de acordo com a literatura, uma grande heterogeneidade, motivo pelo qual enfatizamos a importância da perspectiva do paciente. Em função disso, outro dos nossos objectivos é estudar a possibilidade de serem identificados diferentes subgrupos de fibromiálgicos, em termos do seu estado de saúde, consoante a presença de abusos físicos ou sexuais, e de sintomas clínicos de depressão, ansiedade e stress.

Em nenhum momento foi nosso objectivo chegar a conclusões definitivas sobre esta temática, mas antes abrir a possibilidade a novas investigações de carácter integrativo na FM, de forma a que se cruzem os dados de variáveis presentes nos dois mais recentes modelos de saúde e de doença, o modelo biopsicossocial e o modelo de resultados.

2. DESENHO DO ESTUDO

Face à existência de pouca literatura que pondere as relações entre as variáveis acima mencionadas, optou-se pela elaboração de um estudo exploratório que permita apresentar uma primeira leitura sobre uma possível associação entre os AVN, a psicopatologia e o estado de saúde nesta população; pretendeu-se assim recolher informação que permitisse formular algumas ideias que sejam ponto de partida para futuras investigações. Nesse sentido, optou-se por um desenho de investigação assente num estudo observacional-descritivo transversal (Pais Ribeiro, 2008) que permitisse a recolha de informação relativa a uma amostra de população com FM num único período de tempo e a partir do relato retrospectivo dos AVN. Com base em informação respeitante aos acontecimentos de vida (e não apenas respeitantes à infância), aos sintomas de psicopatologia, e às diferentes dimensões do estado de saúde subjectivo, a presente investigação centra-se, numa primeira fase, em analisar em separado essas variáveis através dos dados recolhidos, comparando-os com os resultados de investigações anteriores e com os resultados obtidos em estudos normativos. Esta fase da investigação denuncia o carácter mais marcadamente descritivo deste estudo exploratório, para mais em função da não formulação de hipóteses (Pais Ribeiro, 2008); uma segunda fase remete para o plano correlacional da mesma, na medida em que se procura avaliar a intensidade e o sentido de uma possível relação entre as diversas variáveis em estudo (Pais Ribeiro, 2008).

Os estudos correlacionais devem questionar-se sobre a natureza da relação e se ela existe, sem procurar estabelecer a causalidade entre as variáveis (Black, 1999). Essa é também a posição de Pais Ribeiro (2008), defendendo este que a análise de correlações estatisticamente significativas nas ciências humanas não permite fazer inferências sobre a causalidade, sendo esse procedimento incorrecto. Muito embora possamos identificar alguns dos critérios propostos por Hill e citados por Pais Ribeiro (2008) para a atribuição de causalidade entre variáveis, nomeadamente entre os AVN e as restantes variáveis, entendemos que não devemos considerar essa possibilidade porque os acontecimentos avaliados dizem respeito a toda a vida do indivíduo, motivo pelo qual podem ter ocorrido mesmo depois do diagnóstico de FM. Dessa forma, procuraremos antes perceber em que medida as alterações numa das variáveis podem gerar alterações nas outras, bem como o sentido dessas possíveis alterações (no mesmo sentido ou em sentidos contrários), sem ter qualquer pretensão de estabelecer um nexo de causalidade entre as variáveis.

3. AMOSTRA

Tabela 1. Caracterização sócio-demográfica da amostra

Características da amostra	<i>M (DP)</i>	<i>Amp</i>	<i>N</i>	%
Idade (anos)	46.50 (10.64)	21-65		
20-29 anos			5	7.1
30-39 anos			12	17.1
40-49 anos			21	30.0
50-59 anos			23	32.9
60-69 anos			9	12.9
Distrito de residência				
Faro			29	41.4
Lisboa			31	44.3
Setúbal			10	14.3
Estado civil				
Solteira			7	10.0
Casada/União de facto			53	75.7
Divorciada/Separada			9	12.9
Viúva			1	1.4
Nº de filhos	1.37 (.94)	0-4		
0			15	21.4
1			20	28.6
2			30	42.9
3 ou +			5	7.1
Nº de pessoas do agregado familiar	2.81 (1.12)	1-6		
1			7	10.0
2			24	34.3
3			19	27.1
4			16	22.9
5 ou +			4	5.7
Habilitações literárias				
1º ciclo do ensino básico (4º ano)			6	8.6
2º ciclo do ensino básico (6º ano)			5	7.1
3º ciclo do ensino básico (9º ano)			12	17.1
Ensino secundário (12º ano) ou profissional			27	38.6
Ensino superior			20	28.6
Nível socioeconómico*				
Baixo			20	28.6
Médio			42	60.0
Elevado			8	11.4
Actual situação profissional				
Empregada a tempo inteiro			32	45.7
Empregada a tempo parcial			8	11.4
Doméstica			4	5.7
Desempregada			8	11.4
Baixa médica			1	1.4
Reforma por velhice			2	2.9
Reforma antecipada			3	4.3
Reforma por invalidez (por outros motivos)			9	12.9
Reforma por invalidez (exclusivamente por FM)			3	4.3

Nota: * Obtido através da classificação de Simões (1994) – Anexo A.

A amostra seleccionada, constituída por 70 mulheres da zona sul do país (distritos de Lisboa, Faro e Setúbal) a quem foi diagnosticada FM por um médico especialista, e com idades compreendidas entre os 21 e 65 anos ($M=46.50$, $DP=10.64$), apresenta características sócio-demográficas semelhantes às de outros estudos com populações fibromiálgicas (e.g., Imbierowicz & Egle, 2003), tal como é apresentado na Tabela 1. A opção por uma amostra exclusivamente feminina decorre do facto da FM ser mais prevalente nas mulheres do que em homens, pelo que seria difícil garantir uma amostra suficientemente alargada de indivíduos do sexo masculino; essa dificuldade seria acrescida uma vez que, em muitos casos, é mais problemático para os homens assumirem uma condição que tende a ser identificada como uma “doença de mulheres”. Por outro lado, os distritos de residência dessas mulheres decorrem apenas da facilidade de deslocação aos mesmos, pela maior proximidade geográfica em relação aos investigadores.

Relativamente às características da amostra apresentadas na Tabela 1, constatamos que aproximadamente três quartos das mulheres são casadas ou têm um companheiro (76%), e tiveram pelo menos um filho (79%); no entanto, apenas cerca de metade delas tem, neste momento, um aglomerado familiar com 3 ou mais pessoas (56%). Por outro lado, em termos de habilitações literárias, as participantes distribuem-se equitativamente pelos diversos graus de ensino (33% no ensino básico; 39% no ensino secundário; 29% no ensino superior), pertencendo a maioria delas ao nível socioeconómico médio (60%) e apenas uma reduzida minoria do nível elevado (11%) – para a classificação do nível socioeconómico foram considerados os critérios definidos por Simões (1994) e apresentados no Anexo A. No entanto, ao contrário de outros estudos realizados nos cuidados de saúde secundários e terciários (e.g., Neumann et al., 2000; Buskila et al., 2000), a maioria das mulheres desta amostra encontra-se ocupada profissionalmente ($N=40$) e apenas uma delas está com baixa médica; das 70 mulheres, um quarto das mesmas (24%) encontra-se reformada. Dessas 17 pacientes, 12 (17%) têm reforma por invalidez, mas unicamente 3 foram reformadas invocando como motivos para tal a FM. Em termos de opções profissionais (dados não apresentados), um grande número delas (33%) tem profissões relacionadas com a saúde e a educação, onde está presente mais claramente um padrão de “cuidar e proteger” (Wentz et al., 2004).

No que respeita à caracterização clínica e de estilo de vida, estamos perante uma amostra muito diversificada, como pode ser observado a partir da análise da Tabela 2. Em média, decorreram 8.93 anos ($DP=7.75$) entre o início dos sintomas e o diagnóstico de FM; o tempo decorrido desde o diagnóstico ($M=6.75$; $DP=4.19$) e o que decorreu desde o início dos sintomas ($M=15.68$; $DP=9.43$) são próximos dos de outros estudos (e.g., Anderberg et al., 2000). Ao contrário do que é comum na prática médica, nem todos os indivíduos da amostra foram diagnosticados por um médico da especialidade na qual se insere a patologia: 10% dos diagnósticos presentes foram elaborados por médicos não reumatologistas e nunca confirmados por estes (neurologia, $N=4$; medicina interna, $N=2$; ortopedia, $N=1$). Por outro lado, e surpreendentemente, uma parte destas mulheres menciona não estar medicada para a FM (14%), apenas um

quarto tem acompanhamento psicoterapêutico (26%), e praticamente metade tem uma prática regular de exercício físico (41%). Por outro lado, muito embora a quase totalidade delas refira dispor de suporte social ($N=67$), apenas uma parte costuma solicitar ajuda quando precisa ($N=47$). Por fim, quando questionadas em relação à aceitação e compreensão dos outros em relação à sua doença, a grande maioria não reconhece a sua existência (76%).

Tabela 2. Caracterização clínica da amostra

Características da amostra	<i>M (DP)</i>	<i>Amp</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Especialidade médica do diagnóstico				
Reumatologia			63	90.0
Neurologia			4	5.7
Medicina interna			2	2.9
Ortopedia			1	1.4
Tempo entre início dos sintomas e diagnóstico (meses)	107.14 (93.65)	4-408		
Até 1 ano			9	12.9
De 1 a 5 anos			23	32.9
De 5 a 10 anos			11	15.7
Mais de 10 anos			27	38.6
Tempo desde o diagnóstico (meses)	81.00 (50.31)	6-276		
Até 1 ano			6	8.6
De 1 a 5 anos			21	30.0
De 5 a 10 anos			31	44.3
Mais de 10 anos			12	17.1
Tempo desde o início dos sintomas (meses)	188.14 (113.11)	12-480		
Até 1 ano			1	1.4
De 1 a 5 anos			6	8.6
De 5 a 10 anos			18	25.7
De 10 a 15 anos			15	21.4
Mais de 15 anos			30	42.9
Existência de medicação para FM				
Não			10	14.3
Sim			60	85.7
Acompanhamento psicoterapêutico				
Não			52	74.3
Sim			18	25.7
Prática de exercício físico regular				
Não			41	58.6
Sim			29	41.4
Existência de suporte social				
Não			3	4.3
Sim			67	95.7
Capacidade de pedir ajuda				
Não			23	32.9
Sim			47	67.1
Aceitação e compreensão dos outros em relação à FM				
Não			53	75.7
Sim			17	24.3

4. INSTRUMENTOS

Após uma revisão sobre instrumentos construídos ou adaptados que pudessem ser aplicados de forma breve a esta população, foram definidos aqueles que mais se poderiam adequar aos objectivos deste trabalho. Em função disso, definiu-se um protocolo de investigação constituído por quatro instrumentos e antecedidos de um consentimento informado (Anexo B). Em seguida apresentamos uma breve descrição dos instrumentos utilizados, detalhando também os motivos que nos levaram à sua escolha para a presente investigação:

1) Questionário Sócio-Demográfico e Clínico (QSDC) – Anexo C.

Construído pelos investigadores com o objectivo de aceder aos dados sócio-demográficos e clínicos, entre os quais alguns associados ao estilo de vida, nele se encontram discriminadas as seguintes variáveis: idade, distrito de residência, estado civil, nº de filhos, nº de pessoas do agregado familiar, habilitações literárias, profissão, actual situação profissional, tempo de diagnóstico, tempo entre o início dos sintomas e o diagnóstico, acontecimentos associados ao início dos sintomas, acontecimentos próximos do início dos sintomas, comorbilidade, medicação, psicoterapia, prática de exercício físico, suporte social, capacidade de pedir ajuda, sentimento de aceitação dos outros em relação à doença. Este questionário visa fundamentalmente uma adequada descrição da amostra, à excepção dos aspectos relacionados com os acontecimentos de vida próximos ou associados ao início dos sintomas.

2) Adaptação do Inventário de Acontecimentos de Vida Negativos (IAV_N) de Brás e Cruz (2008) – Anexo D.

O instrumento utilizado é uma adaptação do IAV_N elaborado por Brás e Cruz (2008) e que tem como objectivo identificar e avaliar a **frequência**, o **impacto** e a **severidade** das experiências de carácter negativo, vividas até aos 12 anos de idade. Ao contrário do instrumento original, esta versão de investigação permite avaliar os acontecimentos de vida negativos ao longo de toda a vida do indivíduo, tendo sido incluída, para além da avaliação da frequência e do impacto dos AVN, uma coluna denominada “período”, e na qual se pode fazer a identificação da fase ou fases da vida em que esses acontecimentos ocorreram (infância – até aos 12 anos; adolescência – entre os 12 e os 18 anos; adultez – mais de 18 anos). Segundo os autores, que foram consultados quanto às alterações propostas, as mesmas não alteram a essência do instrumento, resumindo-se a um ajustamento deste aos objectivos da presente investigação.

Este inventário é composto por 7 categorias teóricas de AVN, entre as quais se distribuem um total de 25 itens: **Separações de pessoas significativas** (Item 1. **Intermitentes**; 2. **Prolongadas**; 3. **Definitivas**); **Negligência** (4. **Negligência física**; 5. **Negligência psicológica**); **Abuso físico e sexual** (6. **Agressões**

corporais ligeiras; 7. **Agressões corporais moderadas**; 8. **Agressões corporais severas**; 9. **Abuso sexual**); Abuso psicológico (10. **Depreciação**; 11. **Rejeição**; 12. **Humilhação**; 13. **Punições desproporcionadas**; 14. **Exigências desproporcionadas**; 15. **Ameaças verbais ou escritas à integridade física ou psicológica**); Ambiente familiar disfuncional (16. **Conflitos entre os familiares próximos**; 17. **Separações e/ou ameaças de separação dos pais ou cônjuges**; 18. **Abuso de substâncias por parte dos pais ou cônjuges**); Condições de vida adversas (19. **Dificuldades económicas**; 20. **Problemas educacionais**; 21. **Mudança de residência**; 22. **Mudança de escola**; 23. **Habitação sem condições adequadas**); **Problemas de saúde** (24. **Físicos e/ou psicológicos do próprio**; 25. **Físicos e/ou psicológicos nos familiares próximos**). A maioria dos itens é explicitada no seu significado aquando da apresentação dos mesmos.

No instrumento original, todos os itens devem ser classificados quanto a duas escalas de medida: a frequência (de carácter mais objectivo), que apresenta 4 opções de resposta valoradas de 0 (nunca ocorreu) a 4 (ocorreu muitíssimas vezes); o impacto (de carácter mais subjectivo) tem igualmente 4 opções de resposta, compreendidas entre 1 (nenhum impacto) e 5 (impacto extremamente negativo). Na versão de investigação foram mantidas ambas as escalas de medida do instrumento original, a que acresce ainda, nesta versão, a identificação do período de ocorrência dos AVN consoante as opções anteriormente mencionadas – isso permitiu mais tarde a avaliação da prevalência de determinado tipo de acontecimentos consoante a fase da vida dos indivíduos, infância, adolescência e idade adulta.

Tendo sido construído para ser aplicado a jovens-adultos (18-30 anos) e adultos (30-50 anos) que integrem a população geral, segundo os autores, o IAV_N pode também ser utilizado em jovens adolescentes e em população clínica, desde que sejam efectuados estudos prévios sobre a compreensibilidade do instrumento e os parâmetros psicométricos nestes tipos de população. Em função do carácter exploratório do estudo e dos interesses desta investigação entendeu-se não ser necessária uma prévia validação do instrumento para esta população. Este inventário pode ser administrado de forma individual ou colectiva, desde que os sujeitos estejam num ambiente tranquilo e se garanta o máximo de privacidade possível. A aplicação do instrumento original demora em média 8 minutos. A cotação do instrumento original e desta versão de investigação pode ser efectuada em três modalidades: 1. Avaliação, em separado, da frequência e do impacto dos diversos tipos de AVN e, conseqüentemente, obter a severidade global de cada um deles através da multiplicação da frequência pelo impacto; 2. Avaliação discriminada dos AVN por factores; 3. Avaliação global da severidade dos AVN por índices.

A cotação através da avaliação discriminada dos AVN por factores resulta dos 4 factores encontrados durante a análise factorial da escala original: 1. Ambiente familiar adverso (itens 4, 5, 13, 16, 18, 19, 20, 23 e 25); 2. Abuso psicológico (10, 11, 12, 14 e 15); 3. Separações e perdas (1, 2, 3, 17, 21 e 22); 4. Abuso físico e sexual (6, 7, 8 e 9). O item 24 não é incluído em nenhum factor. Essa avaliação por

factores é elaborada através da média aritmética dos itens que os integram. Na medida em que não se encontraram os mesmos factores na análise factorial agora realizada, na presente investigação não foi efectuada esta avaliação por 4 factores, optando-se apenas pela avaliação dos diversos itens individuais da escala, em termos da sua frequência, impacto e severidade, e pelos índices globais de severidade dos AVN.

Na terceira possibilidade de análise, para se obter uma perspectiva da dimensão global da vivência de AVN, a cotação do IAV_N pode ser efectuada com base em três índices: o **Índice Global de AVN**, o **Índice de Presença de AVN** e o **Índice de Severidade de AVN**. Para se obter o Índice Global de AVN (IGA), após se calcular o produto da frequência pelo impacto de cada AVN, deve proceder-se à média aritmética de todos os itens (somatório do valor de cada item a dividir por 25). Este índice pode variar entre o valor mínimo de zero e o valor máximo de 20, reflectindo de uma forma global a pontuação obtida no instrumento. O Índice de Presença de AVN (IPA) refere-se à contagem do número de acontecimentos assinalados como tendo sido vividos (ou seja, frequência superior a zero), independentemente dos valores específicos da escala de frequência. A escala de impacto não é relevante para este índice. O Índice de Severidade de AVN (ISA) corresponde à avaliação da intensidade da severidade dos acontecimentos experienciados, sendo obtido através do somatório de todos os itens (após se calcular o produto da frequência pelo impacto) a dividir pelo IPA. A somar a estas formas de avaliação, em função das alterações propostas, foi possível identificar os valores de prevalência dos diversos tipos de AVN na infância, adolescência e adultez consoante a sua indicação na coluna “período”. Para uma mais aprofundada análise dos procedimentos de cotação do instrumento original consultar Brás e Cruz (2008).

Além da estabilidade temporal, os autores avaliaram também a consistência interna do IAV_N, através do cálculo do alpha de Cronbach do instrumento, incluindo os 25 itens. O alpha de Cronbach do IAV_N é de .90, valor este que é considerado muito satisfatório. A validade de construto foi avaliada através da técnica de análise factorial, aplicada ao conjunto dos 25 itens que compõem o IAV_N. A factorialidade dos dados foi assegurada pelo nível de significância do Teste de Esfericidade de Bartlett ($\chi^2=3891.39$, $gl=300$, $p=.000$) e pelo índice do Teste Kaiser-Meyer-Olkin of Sample Adequacy (.860), considerado “bom” segundo o critério adoptado por Pestana e Gageiro (2003, cit. in Brás & Cruz, 2008).

A utilização deste inventário decorre do interesse em avaliar não apenas a frequência dos AVN, mas também aceder a uma outra dimensão das experiências negativas vividas, a perspectiva do paciente no que diz respeito ao seu impacto, variável que pretende reflectir de forma mais alargada as repercussões deste tipo de experiências. Por outro lado, a possibilidade de identificar o período da vida destas pacientes em que ocorreram os AVN foi outro dos motivos que nos levou a esta opção. Naturalmente que é um instrumento recentemente criado e não validado para esta população, no entanto é reconhecida por diversos investigadores (e.g., Anderberg et al., 2000) a inexistência de instrumentos adequados para avaliarem determinados aspectos dos AVN, em particular o seu impacto; também Brás e Cruz (2008) defendem a

ausência no panorama da investigação nacional e internacional de um instrumento que avalie simultaneamente a frequência e o impacto dos AVN na infância. De facto, quase todos os estudos sobre os acontecimentos de vida nesta população têm por base instrumentos não validados e adaptados pelos próprios investigadores. Para além dos factores acima mencionados, este instrumento apresenta ainda uma aplicação pouco morosa e possíveis dúvidas quanto aos tipos de acontecimentos expressos, algo que foi também facilitado pelo procedimento de aplicação do mesmo, entrevista em vez de auto-preenchimento.

3) Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress de 21 itens (EADS-21; Pais Ribeiro et al., 2004a) – Anexo E.

Este instrumento resulta de uma adaptação e validação para a população portuguesa realizada por Pais Ribeiro et al. (2004a) do *Depression Anxiety Stress Scales* (DASS) de Lovibond e Lovibond (1995). Com base num modelo tripartido em que os sintomas de ansiedade e depressão se agrupam em três estruturas básicas, uns mais associados à ansiedade (e.g., tensão somática e hiperactividade), outros à depressão (e.g., anedonia e ausência de afecto positivo) e outros comuns aos dois, este instrumento constitui-se como a operacionalização desse modelo (Pais Ribeiro et al., 2004b); esta terceira estrutura de sintomas, que incluía os itens com um menor poder discriminativo entre ansiedade e depressão, foi denominada pelos autores da escala como stress. Em termos gerais, Lovibond e Lovibond (1995) caracterizam as três escalas da seguinte forma: a ansiedade destaca a relação entre os estados persistentes de ansiedade e respostas intensas de medo; a depressão define-se pela perda de auto-estima e de motivação, e está associada com a percepção de baixa probabilidade de alcançar objectivos de vida significativos; o stress remete para estados de excitação e tensão persistentes, com baixo nível de resistência à frustração e desilusão (cit. in Pais Ribeiro et al., 2004a).

As EADS-21 constituem-se, na verdade, praticamente como três escalas separadas (ansiedade, depressão e stress), cada um delas com 7 itens relativos a sintomas que tendem a estar presentes nesses diferentes estados afectivos: ansiedade (excitação do sistema autónomo, efeitos músculo-esqueléticos, ansiedade situacional e experiências subjectivas de ansiedade); depressão (disforia, desânimo, desvalorização da vida, auto-depreciação, falta de interesse ou de envolvimento, anedonia e inércia); stress (dificuldade em relaxar, excitação nervosa, agitação, irritabilidade e impaciência). Cada item consiste numa afirmação que remete para sintomas emocionais negativos. Pede-se ao sujeito que responda se a afirmação se lhe aplicou “durante a semana passada”, havendo quatro possibilidades de resposta, apresentadas numa escala tipo Likert (“não se aplicou nada a mim”; “aplicou-se a mim algumas vezes”; “aplicou-se a mim muitas vezes”; “aplicou-se a mim a maior parte das vezes”); as respostas a cada afirmação variam entre um mínimo de 0 e um máximo de 3 (Pais Ribeiro et al., 2004a).

A cotação de cada escala é feita pela soma dos resultados dos 7 itens, sendo apresentadas três notas, uma para cada escala, em que o mínimo é 0 e o máximo 21. Muito embora exista uma versão de 42 itens, os itens da EADS-21 foram seleccionados de modo a que o seu resultado possa ser convertido nas notas da escala completa de 42 itens multiplicando a nota por dois. As EADS presumem que as perturbações psicológicas são dimensionais e não categoriais, ou seja, que as diferenças na depressão, ansiedade e stress, experimentadas por sujeitos normais e com perturbações, são essencialmente diferenças de grau (Pais Ribeiro et al., 2004a). As notas mais elevadas em cada escala correspondem a estados afectivos mais negativos.

As três subescalas satisfazem elevados padrões de critérios psicométricos de consistência interna; os valores dos alpha de Cronbach referidos por Pais Ribeiro et al. (2004a) foram de .85 para a escala de depressão (.93 na versão de 14 itens), de .74 para a de ansiedade (.83 na de 14 itens) e .81 para a de stress (.88 na de 14 itens). Foi também avaliada a validade convergente-discriminante dos itens das EADS-21, tendo-se constatado que os itens em que ocorre uma sobreposição pertencem às escalas de stress e ansiedade, sendo relacionados com a tensão e energia nervosas; essa natural continuidade entre o stress e a ansiedade havia já sido perspectivada por Lovibond e Lovibond (1995), não colocando em causa a validade do instrumento (cit. in Pais Ribeiro et al., 2004a). Em termos gerais, estes autores confirmam que este instrumento apresenta propriedades psicométricas semelhantes à versão original, seja ela considerada na sua dimensão de 42 como de 21 itens.

A opção por este instrumento decorre do facto de estarmos perante uma medida reduzida de avaliação que permite diferenciar entre três estados afectivos comumente associados à FM, o que a tornam, como referem Pais Ribeiro et al. (2004a), uma medida útil para a investigação quando é necessário lidar com ligações complexas entre perturbações emocionais e exigências do meio. A dificuldade em encontrar um instrumento devidamente validado e adaptado para a população portuguesa que pudesse distinguir entre a ansiedade, a depressão e o stress, conduziu à escolha das EADS-21. Ainda que tenham sido desenvolvidas com populações sem doença, Brown, Chorpita, Korotitsch e Barlow (1997) consideram que elas são adequadas para populações com patologia, e mesmo mais adequadas que muitas outras para a doença mental (cit. in Pais Ribeiro et al., 2004b). Sendo dirigida a indivíduos com mais 17 anos, este instrumento, pela sua dimensão, revela-se muito prático e rápido em termos de aplicação e cotação. Daí a escolha da versão de 21 itens em detrimento das EADS-42.

4) Questionário de Estado de Saúde (SF-36v2; Ferreira & Santana, 2003) – Anexo F.

Este instrumento resulta da adaptação e validação para a população portuguesa da versão 2 do *Medical Outcomes Study Short-Form Health Survey* (SF-36), desenvolvido por Ware, Snow, Kosinski e Gandek (1993, cit. in Ferreira, 1998). O SF-36 constitui-se como uma medida multidimensional do estado

de saúde subjectivo (Bowling, 2001, cit. in Meneses, Pais Ribeiro & Martins da Silva, 2002), tendo sido construída para avaliar oito das dimensões de saúde mais importantes incluídas no MOS e em outros instrumentos de saúde, e duas grandes componentes da saúde (mental e física) confirmadas empiricamente (Ware, 1993, cit. in Pais Ribeiro, 2007). Segundo Ware (1993), o SF-36 permite descrever diferenças de funcionamento e bem-estar em indivíduos doentes (com diferentes patologias físicas ou psiquiátricas crónicas) e saudáveis; e, de acordo com Bowling (2001), é actualmente a medida recomendada para integrar a bateria de avaliação da QDV de adultos com patologia por diversas organizações (cit. in Meneses et al., 2002).

Constituído, como o seu nome indica, por 36 itens, estes agrupam-se em oito subescalas: **função física** (10 itens que medem o impacto na QDV das limitações físicas, sejam elas em situações como tomar banho ou vestir-se sozinho/a, praticar desportos mais exigentes fisicamente, ou mesmo carregar os sacos das compras, ajoelhar-se ou andar uma determinada distância); **desempenho físico** (4 itens sobre o grau em que as limitações físicas dificultam o desempenho de determinados papéis); **dor corporal** (2 itens que representam não apenas a intensidade e o desconforto causados pela dor, como também de que modo é que esta interfere com o trabalho normal); **saúde em geral** (5 itens que avaliam a percepção holística da saúde, englobando a saúde actual, a resistência à doença e o aspecto saudável); **vitalidade** (4 itens que comparam os níveis de energia e de fadiga); **função social** (2 itens que captam a quantidade e a qualidade das actividades sociais e o impacto dos problemas físicos e emocionais nestas actividades); **desempenho emocional** (3 itens que analisam o grau em que os problemas emocionais afectam o desempenho de determinados papéis na vida quotidiana); **saúde mental** (5 itens que incluem os conceitos de ansiedade, de depressão, de perda de controlo comportamental ou emocional, e de bem-estar psicológico); existe ainda mais um item sobre a percepção de alteração da saúde nos últimos 12 meses – **mudança de saúde**. Este último item não faz parte de nenhuma das 8 subescalas e pode ser analisado como uma variável categorial, ordinal ou intervalar (Ware, 1993, cit. in Meneses et al., 2002). As oito dimensões existentes estão, por outro lado, associadas em duas componentes: **saúde física** (funcionamento físico, desempenho físico, dor física, saúde em geral) e **saúde mental** (saúde mental, desempenho emocional, funcionamento social, vitalidade); ambas as componentes foram obtidas a partir de análises factoriais depois de os dados terem sido sujeitos a rotações ortogonais. Na presente investigação foi feita a análise factorial constatando-se que as diferentes subescalas poderiam ser agrupadas nos mesmos dois factores. A versão 2 do SF-36, utilizada neste estudo, distingue-se da versão anterior essencialmente nas escalas utilizadas nas perguntas 4, 5 e 9. As duas primeiras, inicialmente com alternativas dicotómicas de resposta, passam a ser medidas numa escala de 5 pontos; a última passou de uma escala de 6 para uma escala de 5 pontos (Ferreira e Santana, 2003). Esse facto acaba por gerar alterações na cotação do instrumento que podem ser aprofundados em Ferreira (1998) e Ferreira e Santana (2003).

Os procedimentos de cotação, em termos gerais, seguem a seguinte ordem: depois de introduzidos os dados segundo a codificação constante do questionário, estes são transformados de acordo com um sistema de pontuação apresentado em Ferreira (2000a); depois disso são tratados os dados omissos, algo que não ocorreu na presente investigação, e posteriormente é calculada a pontuação para cada subescala, valor esse que é transformado para uma escala de 0 a 100 seguindo uma fórmula apresentada pelo autor. Os valores das componentes mentais e físicas do estado de saúde foram calculados a partir das médias aritméticas simples das diversas subescalas que as compõem. Este instrumento não fornece uma nota global e os valores mais elevados representam um melhor funcionamento.

Não sendo específico de qualquer nível etário, doença ou tratamento, este questionário pode ser utilizado com qualquer indivíduo com mais de 14 anos de idade; a sua aplicação pode decorrer através de auto-preenchimento, de entrevista, por correio e até por telefone. A sua forma reduzida permite diminuir o tempo de preenchimento e o custo de recolha de dados. As normas portuguesas para o SF-36v2 foram definidas por Ferreira em 2003, permitindo colocar em contexto as pontuações obtidas nas diversas dimensões e componentes da percepção do estado de saúde; para esse efeito o autor recorreu a uma amostra representativa da população portuguesa e os resultados obtidos demonstraram uma sensibilidade suficiente para serem usados como referência. Por outro lado, a validação do instrumento demonstrou que este tem padrões semelhantes aos de outros países em termos de perfis de saúde, apresentando coeficientes de correlação entre .89 e .90; isso permite evitar algumas questões que se colocam quando se pretendem comparar resultados em diferentes países, tal como foi realizado nesta investigação. Meneses et al. (2002) insistem nas elevadas propriedades psicométricas e clinimétricas deste instrumento, testadas não apenas pelo MOS, mas também por uma série de estudos referidos por Ware (1993) sobre a fidelidade das escalas do SF-36, todos excedendo os padrões aceitáveis para comparações entre grupos. As boas qualidades psicométricas são também referidas por Severo, Santos, Lopes e Barros (2006) que mencionam valores de alfa de Cronbach entre .82 e .87, respectivamente para as dimensões física e mental; segundo estes autores, através da validade de conteúdo, discriminante e de critério verifica-se que este instrumento revela uma boa validade; a sua validade foi também profusamente estudada em Ferreira (2000b).

Vários factores justificam a utilização deste instrumento em detrimento de outros. Segundo Ferreira (1998), o seu conteúdo, que inclui a saúde física e a mental, para além de avaliar o funcionamento social dos participantes, a sua robustez psicométrica e a sua relativa simplicidade são factores que facilitam a sua utilização. Acresce a isto o facto de estarmos perante o instrumento genérico de medição de estado de saúde com maior potencial na utilização internacional e na avaliação de resultados clínicos (Alonso et al., 1995, cit. in Ferreira, 1998). De facto, o SF-36 tem-se constituído como o mais usado instrumento de avaliação do estado de saúde percebido em numerosas doenças e condições de saúde, sendo normalmente considerado como a mais apropriada escala genérica usada nas perturbações músculo-esqueléticas (Beaton, Hogg-

Johnson & Bombardier, 1997); não surpreende por isso que seja largamente aplicado em diversos estudos como o comprova a revisão de literatura realizada por Hoffman e Dukes (2008) e que serve como termo de comparação dos resultados obtidos nesta investigação.

Em termos de avaliação da QDV, Pais-Ribeiro (2009) recomenda o uso de medidas genéricas funcionais, como o SF-36, acompanhadas de instrumentos específicos da doença em estudo. Nesse sentido, foi ponderada a utilização do SF-36v2 e do FIQ em simultâneo, no entanto entendemos que isso tornaria o protocolo de investigação demasiado extenso, para além de repetir a avaliação de variáveis muito semelhantes numa série de diferentes instrumentos; a possibilidade de se recorrer apenas ao SF-36 é também deixada em aberto por Pais Ribeiro (2009), que refere que o uso de uma ou mais medidas deve ser considerada em função dos objectivos da investigação. A opção pela medida genérica pode também ser justificada pelo facto de Walker e Littlejohn (2007) defenderem que o SF-36 constitui-se como o principal exemplo de um instrumento com a capacidade de identificar a associação entre a dor física crónica e a saúde mental, permitindo também perspectivar o papel fundamental dos aspectos psicológicos, em termos de investigação e intervenção, na melhoria da QDV dos indivíduos.

5. PROCEDIMENTOS DE RECOLHA DE DADOS

Depois de elaborada uma primeira revisão teórica e estabelecidos os objectivos centrais da investigação, realizou-se um levantamento dos instrumentos adequados à avaliação das variáveis em estudo. Relativamente aos dados sócio-demográficos e clínicos considerados pertinentes, foi construído de raiz um questionário que engloba várias questões julgadas adequadas para a obtenção da informação pretendida. Quanto aos restantes instrumentos seleccionados, foram remetidos por e-mail aos respectivos autores os pedidos de autorização de utilização desses instrumentos, tendo todos eles anuído à mesma. No caso particular do IAV_N, no qual se pretendiam fazer alterações ao instrumento original, essa possibilidade de adaptação foi questionada e, depois destes terem acedido favoravelmente, foi-lhes remetida uma cópia do instrumento adaptado a que se anexou o pedido de autorização do mesmo; os autores concordaram com as alterações e a utilização do instrumento adaptado; relativamente aos diversos pedidos de autorização apresentam-se em anexo essas solicitações (do Anexo G ao I). Depois de recebidas as referidas autorizações para a utilização dos instrumentos, foi elaborado um protocolo de investigação com a seguinte ordem de aplicação dos mesmos: Consentimento Informado; QSDC; Adaptação do IAV_N; EADS-21; SF-36v2. Todas as questões relativas às opções por estes instrumentos foram apresentadas na descrição dos mesmos, inclusive os motivos subjacentes à adaptação do IAV_N.

Para a constituição da amostra contactou-se a Associação Nacional Contra a Fibromialgia e Síndrome de Fadiga Crónica (MYOS), solicitando a sua colaboração na presente investigação (Anexo J).

Numa reunião com um responsável da instituição foram acordados os pormenores de aplicação dos protocolos, tendo sido estabelecido que a melhor forma de o fazer seria individualmente. Para esse efeito, a instituição contactaria primeiro com diversos associados, no sentido de avaliar a disponibilidade e interesse em participarem na investigação. Após esse contacto inicial, o investigador voltou a contactá-los individualmente e agendou com estes uma entrevista. A partir de uma série de primeiros contactos com diversos pacientes com FM, estes foram indicando, sucessivamente, outros indivíduos que poderiam ser incluídos na amostra e com disponibilidade para participar na presente investigação; tal facto acabou por conduzir à constituição de uma amostra por bola de neve; quando os indivíduos não mencionavam outros possíveis sujeitos, o investigador voltava a contactar a instituição para que esta indicasse outros associados até à constituição de uma amostra de 70 sujeitos. O número de participantes foi definido tendo como referência o facto de estarmos perante um estudo exploratório e de que, segundo Finsterbusch, Liewellyn e Wolf, “até amostras de 40 ou 80 indivíduos podem fornecer características sensíveis da população” (p. 41, cit. in Pais Ribeiro, 2008). Em nenhum momento foi comunicado à instituição e aos participantes que também se pretendia incluir na amostra indivíduos que não frequentassem com regularidade os cuidados de saúde secundários/terciários, de forma a evitar um enviesamento de amostragem.

Os únicos critérios de selecção da amostra previamente definidos, e mencionados à instituição e aos diversos participantes, foram o facto dos sujeitos serem mulheres com idades acima dos 18 anos, bem como, naturalmente, o diagnóstico de FM elaborado por um médico especialista, ainda que independentemente da mesma. Por esse motivo, alguns dos indivíduos da amostra nunca foram diagnosticados por um reumatologista ($N=7$); no entanto, todas as pacientes foram questionadas sobre se tinha sido feita a palpação dos pontos dolorosos aquando desse diagnóstico, tal como é definido pelos critérios da ACR de 1990; todas o confirmaram. Para a inclusão dos indivíduos na amostra tomou-se como princípio a afirmação de diagnóstico de FM por parte das pacientes, realizado em algum momento da sua história clínica; em nenhum momento da investigação foi feita a confirmação do diagnóstico por um médico.

As entrevistas decorreram maioritariamente em casa das diversas participantes, ou em espaços onde houvesse privacidade aquando da aplicação dos diversos instrumentos. Muito embora estes tenham um carácter de auto-relato, optou-se por um modelo de entrevista em que o entrevistador ia fazendo a leitura do conteúdo dos diversos instrumentos e registando das respostas; as pacientes acompanhavam essa leitura através de um protocolo de que lhes era fornecido no momento da entrevista. Esta estratégia verificou-se ser a mais eficaz tendo em vista o preenchimento de todos os itens dos diversos questionários, bem como uma adequada compreensão dos mesmos pelos indivíduos da amostra; acresce a isto o facto de, no nosso entender, a relação entrevistador-entrevistado se adequar mais a um melhor conhecimento desta população,

daí que muitas das entrevistas se tenham prolongado para lá do período correspondente à simples aplicação dos instrumentos, permitindo uma maior compreensão da condição existencial de cada paciente.

6. PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE E DE TRATAMENTO DE DADOS

Depois de recolhidos, todos os dados foram introduzidos no programa de tratamento estatístico *PASW Statistics 18*. Em função dos objectivos e do desenho da investigação, foram definidas duas abordagens em relação à análise dos dados: no plano observacional-descritivo do estudo procurámos analisar os dados individualmente, em particular as principais variáveis, recorrendo-se para isso a diversas medidas de estatística descritiva. No plano correlacional deste trabalho pretendemos estudar a intensidade e o sentido de uma possível associação entre essas variáveis, tendo-se recorrido prioritariamente ao coeficiente de correlação de Pearson. Para além disso, aquando da avaliação da relação entre as variáveis, utilizaram-se também o teste paramétrico *t* de Student para amostras independentes no qual foi feita a análise à homogeneidade das variâncias, ou o teste não paramétrico de Mann-Whitney, consoante o tamanho dos grupos (apenas no caso da depressão se verificava a existência de dois subgrupos com pelo menos 30 elementos em cada um deles, daí o recurso ao *t* de Student) e a proporcionalidade dos mesmos; constatou-se também que a utilização do teste de Mann-Whitney no caso da depressão não viria alterar os resultados obtidos. Pretendeu-se com esta análise a verificação de diferenças estatisticamente significativas no estado de saúde de diferentes subgrupos de pacientes com FM: pacientes abusadas física ou sexualmente *vs.* não abusadas; com sintomas de depressão clínica *vs.* sem depressão clínica; com sintomas de ansiedade clínica *vs.* sem ansiedade clínica; e com sintomas de stress clínico *vs.* sem stress clínico. Por último, referimos que o nível de significância considerado nos diversos testes estatísticos foi de .05.

De seguida relataremos os procedimentos de tratamento dos dados referentes à análise descritiva. Os dados relativos aos acontecimentos de vida próximos ou associados ao precipitar dos sintomas foram recolhidos a partir do QSDC, enquanto os restantes dados dos AVN resultaram do IAV_N e da sua adaptação. Na medida em que muitas vezes se torna difícil a utilização de critérios de definição de abuso físico e sexual que permitam termos de comparação semelhantes relativamente à sua prevalência, procurámos ter como referência uma das mais importantes investigações sobre essa temática, o *Adverse Childhood Experiences Study* (Dong et al., 2003); devemos no entanto recordar que ela aponta os valores normativos para a população norte-americana. O citado estudo apresenta critérios muito semelhantes aos utilizados por aquele que foi a base de trabalho para muita da recolha de dados sobre os abusos na FM, o *National Population Survey of Canada* (doravante designado por NPSC; Drossman et al., 1990; Bagdley et al., 1984); ainda assim, praticamente todas as adaptações feitas pelos diversos investigadores têm diferenças entre si. Cinco em nove das investigações incluídas nas Tabelas 6 e 7 recorreram a alguns itens do NPSC

para definir o abuso físico e sexual: Boisset-Pioro et al. (1995); Taylor et al. (1995); Alexander et al. (1998); Ciccone et al. (2005); Castro et al. (2005). Foi a partir desta informação que se constituíram as tabelas comparativas entre diferentes investigações sobre a prevalência de abuso físico e sexual nesta população.

Por outro lado, e quanto à análise da psicopatologia na amostra, utilizaram-se como termo de comparação os resultados da validação do instrumento usado (EADS-21), ou da sua conversão para as EADS-42 de acordo com os critérios definidos por Ribeiro et al. (2004a); uma outra perspectiva de tratamento dos dados da psicopatologia foi a classificação quanto ao grau de severidade dos sintomas de ansiedade, depressão e stress; para esse efeito recorreu-se aos critérios de Pais Ribeiro et al. (2004a), que propõem para as EADS-21 uma classificação dimensional em cinco posições de “normal” a “muito grave”. Por fim, com base nesta classificação entre “normal” e “não normal” constatou-se da comorbilidade entre sintomas de ansiedade, depressão e stress considerados clinicamente “não normais”

O estado de saúde foi analisado através de tabelas comparativas com investigações anteriores em Portugal e no estrangeiro, em particular os estudos incluídos na revisão de Hoffman e Dukes (2008) que tinham mais de 35 indivíduos na amostra; tomaram-se como valores normativos da população portuguesa os resultados da validação do instrumento SF-36v2 para o nosso país (Ferreira & Santana, 2003). As componentes físicas e mentais do estado de saúde incluídas nas diversas tabelas comparativas resultam da média aritmética simples das diversas subescalas que as compõem. As diversas subescalas incluídas em cada uma das componentes resultam da análise factorial elaborada pelo autor aquando da validação do instrumento (Ferreira, 2000a); procurou-se dessa forma garantir um termo de comparação semelhante entre os diversos estudos em relação à componente mental e física do estado de saúde. Devemos ainda acrescentar que, aquando da análise estatística dos dados do SF-36v2, se procedeu à verificação dos valores obtidos e das respectivas distribuições segundo os critérios definidos por Ferreira (1998), tendo-se confirmado todos eles. Para todos os instrumentos foi avaliado o Alfa de Cronbach, tendo-se constatado uma boa consistência interna em todos eles de acordo com Pais Ribeiro, Honrado e Leal (2004b), que considera que uma boa consistência interna deve exceder um alfa de .80: EADS (.917); IAV_N (.938); SF-36v2 (.896).

APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Antes de iniciarmos propriamente a análise e discussão de resultados pretendemos esclarecer a forma como esta se processará. Começaremos por avaliar a possível presença de acontecimentos de vida associados ou próximos do início dos sintomas, bem como caracterizar o tipo de acontecimentos mencionados pelos participantes. Seguidamente aprofundaremos os AVN ao longo da vida e a complexidade envolvida no processo de avaliação destes. Na medida em que alguns dos resultados obtidos se têm revelado contraditórios, aprofundaremos essa temática dando ênfase à discussão relativa à metodologia de recolha de dados, à definição dos construtos, aos diferentes períodos de ocorrência dos AVN e à severidade (frequência x impacto) ao longo da vida dos diversos tipos de acontecimentos. Por outro lado, e face ao seu peso na literatura, analisaremos em maior detalhe a prevalência de abuso físico ou sexual na infância e idade adulta, comparando os dados agora recolhidos com estudos anteriormente realizados.

No que se refere à psicopatologia avaliaremos a presença de três tipos de sintomas que tendem a ser associados à FM (ansiedade, depressão e stress), mas não sem antes analisarmos outras características de comorbilidade mais gerais. Iniciaremos a análise da psicopatologia propriamente dita comparando os resultados obtidos com os valores normativos, para depois abordarmos o grau de severidade e o seu carácter clínico na presente amostra; terminaremos a discussão em torno da psicopatologia, avaliando a comorbilidade de sintomas clínicos de ansiedade, depressão e stress. Por fim, centraremos a nossa atenção na análise dos resultados obtidos nas diversas dimensões do SF-36v2 (função física, desempenho físico, dor corporal, saúde em geral, vitalidade, função social, desempenho emocional e saúde mental) e nas suas duas componentes constitutivas, a componente mental e física de saúde. Nesse processo avaliaremos as dimensões e componentes do estado de saúde mais comprometidas nesta amostra e, à semelhança do realizado com os AVN e a psicopatologia, voltamos a comparar esses dados com os valores normativos e com os resultados de investigações anteriores, desta feita alguns estudos incluídos na revisão de Hoffman e Dukes (2008) e um dos mais recentes estudos portugueses com o SF-36v2 (Oliveira et al., 2009).

Numa última fase procuraremos integrar as duas linhas de investigação dominantes em termos de literatura, cruzando os dados relativos aos AVN (modelo biopsicossocial) com os da QDV (modelo de resultados), mas tendo como ponto de referência comum a psicopatologia, tendencialmente presente em ambas. Nessa perspectiva, consideraremos em que medida a severidade (frequência x impacto) ou a presença dos AVN podem estar associadas a um agravamento da psicopatologia e do estado de saúde desta população. Latente em toda a análise é a preocupação com o carácter heterogéneo deste

diagnóstico, bem como das características associadas à FM. Nesse sentido, ao longo de todo o processo de análise e discussão de resultados, tentaremos ponderar em que medida podem os dados maioritariamente obtidos ser associados a esta síndrome. Em função disso, exploraremos constantemente a necessidade de aceder à perspectiva do paciente e, numa última linha de análise, aprofundaremos a comparação do estado de saúde de diferentes subgrupos de pacientes, consoante a presença de abusos físicos ou sexuais, e de sintomas clínicos de depressão, ansiedade e stress.

1. ACONTECIMENTOS DE VIDA

1.1. ACONTECIMENTOS DE VIDA ASSOCIADOS OU PRÓXIMOS DO INÍCIO DOS SINTOMAS

Uma das primeiras abordagens em relação ao estudo dos acontecimentos de vida é a perspectiva de que estes podem ter um papel desencadeador da patologia, precipitando o aparecimento da mesma. A presente investigação, muito embora não permita identificar formalmente esse tipo de relação, procurou conhecer em que medida os indivíduos da amostra estabeleciam uma associação entre determinados acontecimentos de vida e o início dos sintomas (Tabela 3).

Tabela 3. Identificação de acontecimentos associados ou próximos do início dos sintomas

Tipo de acontecimento	<i>N</i>	%
Acontecimento associado	45	64.3
Um acontecimento	14	20.0
Dois acontecimentos	18	25,7
Três acontecimentos	9	12.9
Quatro acontecimentos	4	5.7
Acontecimento próximo	21	30.0
Um acontecimento	13	18.6
Dois acontecimentos	5	7.1
Três acontecimentos	3	4.3
Nem acontecimento associado nem próximo	4	5.7

Nota: Os acontecimentos associados referem-se a acontecimentos que os indivíduos associam ao início dos sintomas; os acontecimentos próximos referem-se a acontecimentos ocorridos no ano imediatamente anterior ao início dos sintomas (e apenas quando estes não mencionam acontecimentos associados).

Quando questionados sobre a possibilidade de identificarem um ou mais acontecimentos com o surgimento da sintomatologia (i.e., um acontecimento precipitante da sintomatologia), uma grande maioria (64%) estabelece essa relação, independentemente dos motivos pelos quais a faz – em alguns casos foi mencionado que decorria de uma associação exclusivamente pessoal, em outros de processos terapêuticos anteriores, muito embora os motivos dessa associação não tenham sido aprofundados junto dos diversos pacientes; apenas cerca de um terço (36%) não associam pelo menos um acontecimento

com o aparecimento dos sintomas e, desses 25 indivíduos, apenas 4 (6% da amostra total) não conseguem identificar um acontecimento próximo⁹ do surgimento da sintomatologia. No entanto, apesar de uma maioria destes pacientes (64%) associar pelo menos um acontecimento precipitante, os resultados encontram-se ainda distantes dos 90% relativos ao estudo de Walen et al. (2001) que recorreram a um questionário de trauma, mas bastante acima dos 23% da investigação de Greenfield et al. (1992) que utilizaram formas visuais de avaliação temporal. Num estudo realizado por Anderberg et al. (2000) em relação aos acontecimentos de vida na FM, os autores constataram que a grande maioria dos indivíduos (80%) identificavam pelo menos um acontecimento (positivo ou negativo) com o início dos sintomas, e que uma grande parte (65%) menciona especificamente pelo menos um AVN; também na presente investigação foram identificados acontecimentos negativos, mas, em alguns casos, era mencionado que o acontecimento referido não era entendido pelas pacientes como negativo apesar das dificuldades que possam estar associadas ao mesmo (e.g., gravidez). Resta-nos ainda esclarecer que a identificação de acontecimentos próximos (o mesmo acontece com os associados) não pode, no nosso entender, ser necessariamente mencionada como a determinação de um acontecimento precipitante da sintomatologia, sendo apenas tomado como uma possibilidade disso acontecer; se o fizéssemos teríamos obtido valores de 94%, ainda acima dos de Walen et al. (2001).

Por outro lado, de um total de 66 indivíduos que identificam acontecimentos associados ou próximos, 39 (56% do total da amostra) identificam mais de um acontecimento, o que nos remete para que pode não estar em causa um acontecimento isolado e eventualmente relacionado com o surgimento dos sintomas, mas um conjunto de acontecimentos que acabam por ter um maior impacto. Em função disso, constatamos que, na presente amostra, para um grande número de indivíduos com FM, pode ser a ocorrência de um conjunto de circunstâncias a precipitar a síndrome em vez de um acontecimento isolado, o que reforça algo já descrito na literatura (e.g., Eich et al., 2000); o facto de isto poder ser uma percepção dos próprios pacientes associada à necessidade de identificação de causalidade humana, não desvaloriza a hipótese de existir uma maior vulnerabilidade nesta fase da sua vida, em função do período de crise e do stress vivido. Eich et al. (2000) mencionam mesmo que o precipitar da sintomatologia pode estar associada a longos períodos de crise, e, segundo Van Houdenhove e Egle (2004), relacionada com o peso alostático decorrente da repetição das situações de stress; tal daria origem a alterações no sistema de regulação do stress, algo que estaria relacionado também com circunstâncias que se tenderiam a repetir ao longo da vida.

Na presente amostra, os acontecimentos associados ou próximos têm um carácter muito diversificado como pode ser verificado a partir da Tabela 4. A grande maioria das pacientes que

⁹ Por acontecimento próximo entenda-se algum acontecimento significativo que tenha ocorrido durante o ano imediatamente anterior.

estabelece uma associação entre pelo menos um acontecimento de vida e o início dos sintomas, indica motivos de quebra da relação familiar (37% do total da amostra), sejam eles a morte de um familiar (20%) ou conflitos familiares (17%). Por esse motivo, não surpreende que diversos indivíduos apontem como acontecimentos associados a falta de suporte social percebida (7%), uma prática exaustiva de cuidados com outros (7%) ou um sentimento de incapacidade para prestar esses cuidados a outros, tal como seria sua intenção (9%); no seu conjunto (23%) estes três resultados consubstanciam a ênfase colocada pelos indivíduos da amostra na relação com os outros e na importância desta, em particular com aqueles que lhe são significativos; individualmente, a morte de um familiar, para mais se considerarmos os acontecimentos totais (24%), tende a assumir um papel de destaque. Estes dados vêm confirmar os de Anderberg et al. (2000), que constatou que uma grande maioria destes pacientes associa o precipitar da FM a conflitos com pessoas significativas (companheiro, 43%; outros familiares e amigos, 23%), a separações ou perdas (divórcios, 28%; mortes de familiares ou amigos, 38%), ou à necessidade de prestar ajuda a outros (acidente ou doença de familiar, 28%; suporte a familiar ou amigo, 23%).

Tabela 4. Tipo de acontecimentos de vida no início dos sintomas

Tipo de acontecimento	Associado		Próximo		Total	
	N	%	N	%	N	%
Morte de familiares	14	20.0	3	4.3	17	24.3
Conflitos familiares (separações, abandono, violência...)	12	17.1	2	2.9	14	20.0
Stress e/ou conflitos profissionais	8	11.4	12	17.1	20	28.6
Gravidez e/ou depressão pós-parto	11	15.7	4	5.7	15	21.4
Traumatismo físico (acidente de viação, de trabalho, queda)	12	17.1	0	0.0	12	17.1
Outros problemas de saúde pessoais	7	10.0	2	2.9	9	12.9
Problemas de saúde de familiares	9	12.9	2	2.9	11	15.7
Ausência de suporte social	5	7.1	2	2.9	7	10.0
Prática exaustiva de cuidados a outros	5	7.1	1	1.4	6	8.6
Incapacidade para prestar cuidados a outros	6	8.6	2	2.9	8	11.4
Desilusões e abandono de sonhos	3	4.3	1	1.4	4	5.7
Dificuldades económicas	1	1.4	1	1.4	2	2.9

Nota: Os acontecimentos associados referem-se a acontecimentos que os indivíduos associam ao início dos sintomas; os acontecimentos próximos referem-se a acontecimentos significativos ocorridos no ano imediatamente anterior ao início dos sintomas (e apenas quando estes não mencionam acontecimentos associados).

Um outro resultado que vem consubstanciar a importância atribuída por uma parte desta amostra à relação com outros significativos, é, no nosso entender, a menção à gravidez como acontecimento próximo ou associado ao precipitar da sintomatologia. A gravidez é a relação primordial por excelência, aquela que se estabelece entre a mãe e o recém-nascido durante a gravidez e após o parto, e que, por isso mesmo exige da mãe uma prioridade das necessidades de outrem sob as suas; o nascimento (e.g., gravidez) e a morte (e.g., morte de familiar) acabam por estar entre os três tipos de acontecimentos totais

com maior número de menções (21% e 24%, respectivamente), a par do mais referido de todos eles, o stress e/ou conflitos profissionais.

A vivência de dois momentos centrais na vida humana em circunstâncias nas quais é sentida uma eventual falta de suporte social, pode gerar um aumento da vulnerabilidade durante esse período. E, de facto, um conjunto significativo das pacientes (16%) apontam para a gravidez e/ou depressão pós-parto como acontecimento associado ao início dos sintomas. Por outro lado, esses resultados ainda se tornam mais consistentes quando consideramos as 4 pacientes que indicam como acontecimento próximo essa mesma gravidez e/ou depressão pós-parto; no seu conjunto, de acontecimentos associados ou próximos, cerca de um quinto da amostra (21%) indica esse acontecimento no início da sintomatologia. No entanto, alguma da investigação existente (e.g., Adler, 1999) aponta para que o início da sintomatologia, nesses casos, pode surgir em função de mudanças hormonais que ocorrem nesse período; ainda assim, isso não exclui a possibilidade de existirem acontecimentos associados ou próximos que podem ser definidos categorialmente como “relacionais”.

A existência no precipitar da sintomatologia de acontecimentos relacionados com a vida familiar desta população, tem sido, como o comprova a literatura, uma das linhas de investigação mais exploradas, consubstanciando a importância da relação familiar para os fibromiálgicos; isso acontece não apenas como espaço de suporte para a melhoria da condição fibromiálgica, mas também como potencial fragilizador para o início dos sintomas (e.g., Van Houdenhove & Egle, 2004). Essa possibilidade remete-nos para a necessidade de suporte social e a dificuldade de o solicitar muitas vezes sentida nesta população; os resultados da caracterização clínica da amostra apontam também para essa questão, bem como para duas outras perspectivas que, embora excessivamente generalizantes em relação a uma população diversificada como a fibromiálgica, tendem a ser associadas aos pacientes com FM.

Por um lado, certos traços de cuidador que acentuam as preocupações com o cuidar dos outros, pois um quinto da amostra (20% do total) remete para acontecimentos totais (associados ou próximos) como a prática exaustiva de cuidados a outros (9%) e a incapacidade para prestar cuidados a outros (11%). Se a esse valor juntarmos ainda os problemas de saúde de familiares (16% nos acontecimentos totais), acabamos por ter cerca de um terço da amostra (36%) que enfatiza o cuidado com os outros. A literatura tem consubstanciado que uma parte dos indivíduos com FM utiliza uma estratégia de coping definida como “cuidar e proteger”, mais associada aos padrões femininos (Wentz et al., 2004), bem como em tendências exageradas de auto-sacrifício (Van Houdenhove et al., 2001a). Por outro lado, alguma desta população denota uma insistente necessidade de garantir uma autonomia em relação aos outros (Van Houdenhove & Luyten, 2006), o que, em certo sentido dificulta o pedido de ajuda – cerca de 29% da amostra, apesar de mencionar dispor de amigos ou familiares a quem recorrer, refere que não recorre a essas pessoas quando tem problemas. Ainda que tal possa estar associado à incompreensão e não-

aceitação da maioria das pessoas, sentida pela grande maioria da amostra (76%) em relação à sua doença, cremos que isso também nos pode sugerir uma necessidade latente de garantir uma maior autonomia.

Esta exigência em relação a si pode também ser perspectivada nas menções à incapacidade para prestar cuidados a outros (11% nos acontecimentos totais), no cuidado com os outros sem consideração pelos seus próprios limites, conduzindo à exaustão (9% nos acontecimentos totais) e, até mesmo, na referência a desilusões e abandono de sonhos (6% nos acontecimentos totais). Segundo alguns autores (e.g., Blumer & Heilbronn, 1982; Hallberg & Carlsson, 1998), existiria em alguns pacientes com FM, uma crença forte e irrealista nas suas capacidades para controlar as suas necessidades principais no sentido de corresponderem aos padrões sociais; Blumer e Heilbronn (1982) referem mesmo que as necessidades principais (dependência, passividade e ser cuidado por outros) podem ocultar-se atrás de um ego ideal que é entendido como independente, activo e preocupado com os outros; este conflito interno entre a aparência e as suas próprias capacidades acaba por gerar dificuldades na relação com os outros que tendem a ter dúvidas em relação à sua dor (Henriksson, 1995). Muito embora esta questão não tenha sido objecto de grande aprofundamento, os dados da presente investigação corroboram a possibilidade de tal acontecer com um conjunto de indivíduos desta amostra, demonstrando que essa insistência em cuidar dos outros, desrespeitando os seus limites, se pode voltar contra o próprio indivíduo.

Essa eventualmente disfuncional gestão da relação com os outros e das suas exigências pessoais pode também ser perspectivada quando consideramos o facto de cerca de um terço da amostra (29%) referir o stress e/ou conflitos profissionais como acontecimentos associados ou próximos do início dos sintomas; no seu conjunto, os acontecimentos associados e próximos) dizem respeito à categoria mais mencionada, sendo aquela que é mais referida quando os indivíduos são questionados em relação aos acontecimentos próximos (17%), i.e., quando procuram activamente um acontecimento no ano anterior ao surgimento dos sintomas de FM. A literatura, de alguma forma, aponta para este aspecto, nomeadamente um estudo de Anderberg et al. (2000): os autores encontraram como acontecimentos precipitantes da síndrome relatadas pelos indivíduos com FM, os problemas de trabalho (conflitos, 10%; falta de controlo sobre a situação profissional, 13%; aumento de responsabilidades, 23%; diminuição de responsabilidades, 5%; novo emprego, 18%). Devemos notar que o mais alto valor encontrado diz respeito a um aumento das responsabilidades (23%); esse aumento de responsabilidades traz consigo um grau de exigência que muitas vezes obriga os indivíduos a terem um maior esforço pessoal, não surpreendendo por isso que Wolfe (1986, cit. em Blotman & Branco, 2007) tenha mencionado como factor associado ao início da FM uma sobreactividade. Estes dados ganham mais relevância se constataremos que uma das síndromes mais comumente associadas ao stress profissional tem sido a SFC (e.g., Salit, 1997); 10% da amostra deste estudo apresenta comorbilidade com a SFC, motivo pelo qual os resultados obtidos no presente estudo não surpreendem. Aliás, se considerarmos que a SFC é um

diagnóstico diferencial normalmente realizado na FM e ainda o facto de, na presente investigação, não ter sido feita uma confirmação do diagnóstico de FM, torna-se evidente que podem existir falsos positivos de FM e/ou falsos negativos de SFC na nossa amostra.

Uma outra questão que pode ser suscitada a partir da análise da Tabela 4 é a de uma parte significativa de pacientes da amostra mencionar, como acontecimentos associados ou próximos do início dos sintomas, uma alteração da sua condição de saúde, seja por traumatismo físico (17%) ou por outros problemas de saúde pessoais (13%); esses dados ainda se tornam mais relevantes se considerarmos que a gravidez e/ou a depressão pós-parto (21% nos acontecimentos totais) também constituem uma alteração da condição de saúde dos indivíduos. No seu conjunto tal traduz-se numa maioria de indivíduos da amostra (61%) que relatam como acontecimentos associados ou próximos do início dos sintomas a alteração da sua condição de saúde, sem que essa alteração esteja, aparentemente, relacionada com a FM. Este é um dos factores que mais tem sido explorado por diversos estudos na precipitação da síndrome, em particular o trauma físico (e.g., Turk & Okifugi, 1996, 1997; Buskila et al., 1997; Al-Allaf et al., 2002), apontando praticamente todos eles para essa relação. Contudo, como referem McLean et al., (2005), a natureza da mesma continua por esclarecer; na medida em que Turk (2002) constatou que remeter o início da síndrome para um trauma físico garantia maiores probabilidades de se receber assistência médica para os diversos sintomas, percebemos a importância no esclarecimento desta temática. A ideia de que a alteração da condição de saúde, com uma maior fragilização da mesma, poderia permitir o início dos sintomas, surge também claramente expressa no modelo de Van Houdenhove e Egle (2004), enquadrando não apenas lesões dolorosas fisicamente, como também infecções virais. Em 1986, Wolfe (cit. em Blotman & Branco, 2007) havia já encontrado resultados que mencionavam como factores associados ao início dos sintomas os traumatismos e, inclusive, cirurgias; o mesmo voltou a acontecer, mais recentemente, com Anderberg et al. (2000); estes autores detectaram como factores precipitantes a doença ou acidentes (20%), mesmo que estes apenas surgissem depois de outros factores que poderiam ser classificados como traumas psicológicos mais do que físicos.

Um dos aspectos que retomamos agora, é a discussão em torno do carácter negativo ou positivo dos acontecimentos; esta diferenciação entre acontecimentos de vida negativos e positivos torna-se muitas vezes difícil, levantando questões metodológicas de base. De facto, os acontecimentos de vida apresentam essa dupla face que tende a ser esquecida, a possibilidade de, subjectivamente, poderem ser tomados como positivos para uns e como negativos para outros, e mais que isso, um acontecimento concentrar em si aspectos positivos e negativos para um mesmo indivíduo, ou até poder ser encarado como positivo num momento e mais tarde isso inverter-se. Os resultados desta investigação sugerem também que acontecimentos que são tendencialmente considerados como negativos, como as separações de pessoas significativas, podem, em muitos casos, ser ponderados como tendo aspectos positivos e

negativos simultaneamente, ou mesmo serem mencionados como não tendo nenhum impacto nos indivíduos; vejam-se alguns exemplos de dados não tabelados: 7% das pacientes consideram as separações intermitentes que ocorreram como negativas mas também positivas em termos de impacto; 11% mencionam o mesmo em relação às separações prolongadas (+ de 3 meses) e 4% referem nenhum impacto; 3% insistem que as separações definitivas (abandono ou morte) ocorridas tiveram impacto positivo e negativo em simultâneo, e outros 3% nenhum; da mesma forma, quando questionadas sobre o impacto das separações e/ou ameaças de separação dos pais ou cônjuges, 14% mencionam aspectos positivos e negativos conjuntamente, e 3% nenhuns.

Quando questionadas sobre o porquê dessa consideração, várias pacientes insistiram que essas separações acabaram por ter consequências positivas em termos do ambiente familiar, sugerindo que as mesmas interromperam situações de conflito; algumas chegaram mesmo a questionar o porquê do instrumento que avaliou os AVN não ter também a opção exclusiva de impacto positivo. A capacidade destas mulheres perspectivarem positivamente o impacto de acontecimentos de vida que no instrumento são definidos como negativos, acabou por ter impacto nos resultados obtidos: abuso físico ligeiro definido como palmadas (19% negativo e positivo; 23% nenhum); exigências desproporcionadas definidas como tendo sido alvo de expectativas elevadas e pressão psicológica face a situações em que foi colocada sem estar preparada (16% negativo e positivo); e dificuldades económicas (16% negativo e positivo). Estes resultados sugerem que muitos dos acontecimentos negativos podem também ser tomados como positivos, na medida em que permitem uma aprendizagem e um ultrapassar dessas adversidades no futuro; muitas destas mulheres encaram a síndrome como algo que se traduziu em aspectos positivos na sua vida, uma vez que procuraram aprender com a mesma. Naturalmente, deve também ser ponderada a possibilidade de estarmos perante uma amostra que apresente elevados valores de desejabilidade social, o que não pôde ser verificado.

Independentemente da análise anterior, não queríamos deixar de acentuar que, em nenhum momento, foi objectivo desta investigação estabelecer nexos de causalidade entre os acontecimentos e o precipitar dos sintomas, da mesma forma que entendemos que as análises realizadas, apenas podem identificar uma parte dos pacientes com FM, não podendo ser generalizados a toda a população; em certo sentido, remetem apenas para uma caracterização exclusiva da amostra estudada que não pode, de maneira nenhuma, ser identificada com todas as condições existenciais presentes nesta síndrome.

1.2. ACONTECIMENTOS DE VIDA NEGATIVOS AO LONGO DA VIDA

Uma outra perspectiva de análise em relação aos acontecimentos de vida, para além da visão destes como precipitantes do início dos sintomas, diz respeito à sua frequência ao longo da vida dos

indivíduos, e em que medida a mesma pode desempenhar um carácter vulnerabilizador no possível aparecimento da patologia. Uma análise dos resultados (Anexo K) relativos à frequência dos diversos tipos de AVN, permite perceber que os acontecimentos com maior frequência são, por um lado, os relacionados com a saúde (problemas de saúde do próprio, 2.21; e de familiares próximos, 1.71) e, por outro, os que se encontram relacionados com o abuso psicológico (depreciações, 1.71; rejeições, 1.73; exigências desproporcionadas, 1.89) e a negligência psicológica (1.90). A preocupação com a saúde, decorrente da sua condição e não apenas dela, é perfeitamente natural que se torne, para um paciente com uma doença crónica, aquele que mais facilmente é mencionado, até pela focalização subjectiva numa temática que condiciona a sua vida diária. Simultaneamente, o facto de estarmos perante uma população que indica uma elevada frequência de problemas de saúde de familiares próximos pode também apontar ou reforçar a ideia de existir uma vulnerabilidade genética que suscite o aparecimento de patologia em pacientes com FM. Esta possibilidade da vulnerabilidade genética nos pacientes com FM tem sido bastante explorada por Hudson e Pope (e.g., 1989, 1990, 1994).

A elevada frequência de acontecimentos relacionados com o abuso e negligência psicológicos pensamos ser particularmente significativa, nomeadamente se a confrontarmos com os resultados relativos aos conflitos entre familiares próximos (1.71); isso pode revelar, no nosso entender, que uma parte significativa desta população sofre, ao longo da sua vida, diversas situações traumáticas em termos psicológicos, e que, em última análise, podem repetidamente fragilizar a sua capacidade para enfrentar situações de stress; volta, neste sentido, a ser sugerido o possível peso alostático do trauma psicológico numa parte desta população, tal como referem Van Houdenhove Egle (2004) no seu modelo. Da mesma forma, voltam a ser acentuados os aspectos relacionais com outros significativos, para mais se considerarmos que situações de depreciação e rejeição associadas a exigências desproporcionadas, ambas elevadas nesta amostra, tendem a acentuar o impacto das primeiras. Contrastando com os resultados relativos ao abuso e negligência psicológicos, o abuso físico (nomeadamente as agressões severas, .17), sexual (.26) e a negligência física (.46) tendem a apresentar valores mais baixos de frequência; de referir que a mais elevada frequência de agressões ligeiras (1.57), definidas enquanto palmadas, no nosso entender, decorre de aspectos educacionais culturalmente circunstanciados, motivo pelo qual em muitos casos não podem sequer ser consideradas como situações de abuso físico. No entanto, a questão do abuso físico e sexual tem sido objecto de grande discussão em função de resultados contraditórios que têm sido obtidos, sendo mais detalhadamente aprofundada quando analisarmos a prevalência deste tipo de acontecimentos; por agora reforçamos a ideia de que nesta amostra, em termos de frequência, os valores mais elevados estão associados ao trauma psicológico e os mais baixos ao trauma físico (esta categorização, decorrente da classificação física e psicológica em termos de abuso e negligência, não renuncia à ideia de que também os traumas físicos se podem traduzir por traumas psicológicos, ou

mesmo que os traumas psicológicos podem suscitar o aparecimento de problemas físicos). Apenas uma nota para registarmos também a elevada frequência de um outro tipo de AVN, as dificuldades económicas (1.71), o que reforça algo que já havíamos expresso aquando da caracterização do nível socioeconómico da amostra – estamos perante uma população que, tendencialmente, não pertence ao nível socioeconómico mais elevado (apenas 11%).

Contudo, a frequência é apenas uma parte da discussão, uma vez que, mesmo que exista uma reduzida frequência de abusos e negligência física, o seu impacto pode ser extremamente elevado. Se verificarmos os resultados do IAV_N relativos ao impacto (Anexo L), percebemos que os AVN com maior impacto são exactamente aqueles que a literatura insiste como tendo consequências mais graves para os indivíduos que as sofrem: as agressões severas (4.57), os abusos sexuais (4.60) e o abuso de substâncias entre familiares próximos (4.35); mesmo que tendo uma baixa frequência, estes acontecimentos têm, por norma, muito impacto na vida dos indivíduos. Mas outros acontecimentos têm também valores bastante elevados em termos de impacto, nomeadamente a negligência física (4.27) e as perdas definitivas (abandono ou morte – 4.28), ainda que com resultados inferiores. Por outro lado, novamente se destacam a negligência psicológica (4.18) e o abuso psicológico, nomeadamente em termos de rejeições (4.40) e depreciações (4.14), valores reforçados pelos conflitos entre familiares próximos (4.29); os resultados elevados destes quatro últimos tipos de AVN, e que se repetem na avaliação da frequência, acabam por ter uma maior severidade na população estudada uma vez ponderados no seu conjunto a frequência e o impacto; analisaremos a severidade mais adiante. Em termos de impacto perdem alguma importância os problemas de saúde do próprio (4.01) e dos familiares (3.78), o que também pode decorrer de estarmos perante uma população com dor crónica e que, como tal, se vai adaptando e procurando perspectivizar o impacto da doença de uma outra forma.

Tal como referenciado na revisão de literatura, são raros os estudos que ponderam o impacto dos AVN, e ainda que muitos deles considerem a sua importância, acabam por não avaliar esse aspecto (e.g., Walker et al., 1997b). Anderberg et al. (2000) questionam a existência de instrumentos que possam adequadamente avaliar os AVN, referindo que “*other already established life event inventories were missing important grading and dimensional information on abuse and the subjects’ subsequent reaction*” (p. 296). Os autores citam como exemplo disso os instrumentos usados nos estudos de Boisset-Pioro et al. (1995), Taylor et al. (1995) e Walker et al., (1997b), as três primeiras investigações sobre os AVN nesta população. Em função disso, Anderberg et al. (2000) constroem o seu próprio instrumento, avaliando o impacto em termos de “muito negativo”, “negativo”, “neutro” ou “positivo”; tanto quanto nos foi possível apurar, apenas um outro estudo incluído nas Tabelas 7 e 8 recorre a um instrumento que avalia o impacto de AVN para além da sua frequência, uma investigação de Van Houdenhove et al. (2001a) que usa o *Questionnaire on Burdening Experiences*, e que permite avaliar em que medida é que determinado

acontecimento afectou o indivíduo (de 1=Nada a 5=Muito gravemente). Em relação aos resultados dos estudos de Anderberg et al. (2000) e Van Houdenhove et al. (2001a), pelas suas características, não faz sentido que os comparemos com os dados agora obtidos, uma vez que os seus valores não são passíveis de comparação. Acresce a isto o facto de, do nosso ponto de vista, ser mais importante ponderar a relação entre o impacto e a frequência dos AVN, discutindo a sua severidade, em vez de os considerar em separado.

De qualquer das formas, aquilo que nos parece essencial formular a este respeito é que as características do instrumento e dos construtos por ele avaliados devem ser considerados fundamentais para que se possam estabelecer termos de comparação e, pelo menos, para que se saiba aquilo que estamos a avaliar. Walker et al. (1997b), depois dos primeiros dois estudos que apresentaram resultados contraditórios em relação aos abusos físicos e sexuais como factor de risco na FM (Boisset-Pioro et al., 1995; Taylor et al., 1995), justificam essa contradição com as características do instrumento usado e os critérios para delimitar o que é abuso físico e sexual. Neste sentido, Walker et al. (1997b) defendem que o questionário usado em ambos apenas analisa a ocorrência dos abusos sexuais e, no caso dos abusos físicos, a frequência dos acontecimentos, pelo que acabam por não ser recolhidos dados fundamentais, nomeadamente o impacto desses acontecimentos e a natureza mais profunda desses abusos, quer eles sejam apenas físicos ou também sexuais. Ainda assim, Walker et al. (1997b) também não o fazem, ou fazendo-o, não o expressam em termos de resultados, o que pode ter tido reflexos nos resultados obtidos.

Em função do acima exposto, entendemos que estas considerações (como as que se seguem) são fundamentais para se perceber toda a complexidade envolvida na avaliação dos AVN, uma vez que esse é um dos objectivos do presente estudo; esse aspecto está em estreita relação com as opções metodológicas tomadas e a escolha de um instrumento que pondera o impacto dos AVN, em vez de se restringir à frequência dos mesmos. De facto, parece-nos essencial que se avalie não apenas a ocorrência e a frequência dos acontecimentos de vida negativos, mas também o seu impacto e, se possível, discriminando o período da sua ocorrência; um mesmo acontecimento pode ter intensidades de impacto diferentes em função da vulnerabilidade intrapessoal do indivíduo, devendo aprofundar-se por isso a investigação da variabilidade inter-individual e da capacidade de resistência perante experiências adversas em função de predisposições (biológicas e psicossociais) para certas patologias ou, pelo menos, para um coping menos eficaz; esta ideia remete também para um outro construto, o de resiliência (Anaut, 2005), que, naturalmente, não aprofundaremos neste estudo.

Acresce a tudo isto que a própria definição de abuso físico apresenta diferenças nos dois primeiros estudos de Boisset-Pioro et al. (1995) e Taylor et al. (1995) que anunciam resultados diferentes. No caso de Taylor et al. (1995) foi usada uma Escala de Likert de 11 pontos (0=Nunca, 10=Muitas vezes), sendo classificado como abuso físico todas as respostas iguais ou superiores a 5, e, no estudo de

Boisset-Pioro et al. (1995), o abuso físico foi avaliado numa escala de 4 pontos (0=Nunca, 3=Muitas vezes), sendo apenas considerado abuso quando as respostas foram “Muitas vezes”. Assim, verificamos que Boisset-Pioro et al. (1995) consideram uma definição mais restrita de abuso, enquanto Taylor et al. (1995) a tornam mais abrangente; isso levanta-nos a questão do que deve ser considerado abuso físico, por exemplo: Devemos considerar as palmadas como abuso físico? Dependerá isso da sua frequência? De factores culturais? Ou da percepção do próprio indivíduo? Quais as fronteiras utilizadas na definição dos diversos construtos?

Face ao exposto, acreditamos ser importante diferenciar os diversos construtos aquando da análise dos acontecimentos de vida negativos, nomeadamente no que diz respeito àqueles que se enquadram no que, em termos gerais, designamos por maus-tratos. Segundo Azevedo e Maia (2006), os maus-tratos, apesar de toda a controvérsia que envolve a sua definição, tendem a apontar para atitudes activas (abuso) ou passivas (negligentes) que comprometam as necessidades básicas da criança, gerando riscos à sua integridade e tendo impacto no seu desenvolvimento físico, psicológico e social; os maus-tratos tendem a incluir o abuso físico, emocional e sexual, bem como a negligência física e emocional, referindo-se as situações de abuso a maltrato por acção e as situações de negligência a maltrato por omissão. Os dados recolhidos na presente investigação tendem também para esta formulação, sendo exemplarmente descritos no próprio instrumento; nem sempre isso acontece na literatura, o que permite muitas vezes aos participantes uma liberdade interpretativa que dificulta um termo de comparação com outras investigações.

Acrescentamos ainda que, muito embora a definição dos diversos construtos (abuso físico, sexual, psicológico; negligência física, psicológica) não seja consensual, interessa perceber, aquando da comparação de resultados, qual a definição de construtos utilizada; no que diz respeito às denominações de abuso psicológico ou abuso emocional (tal como negligência psicológica ou negligência emocional) que tendem a ser indiscriminadamente usadas, consideramos, como aponta a literatura, para que ambas digam respeito a construtos muito semelhantes. A própria definição de abuso sexual não tem um carácter consensual como pode ser visto nos estudos presentes na Tabela 6, uma vez que há autores que fazem uma discriminação entre tentativas e abuso consumado, entre abuso sexual sem contacto e com contacto (e.g., Van Houdenhove et al., 2001a); pela nossa parte consideramos, no instrumento utilizado, como abuso sexual todas essas possibilidades no seu conjunto.

Esta menção a outros tipos de stressores psicossociais para além dos abusos físicos e sexuais, nomeadamente o abuso psicológico, a negligência física e psicológica, remete para outra das questões levantadas por Walker et al. (1997b), a necessidade de se alargar a investigação a outros acontecimentos negativos na vida dos indivíduos com FM. Na sua essência é também esse um dos propósitos desta investigação, na medida em que, para além das situações de maus-tratos, procurou-se recolher informação

respeitante a acontecimentos de vida que sejam entendidos como adversos para os indivíduos. Na realidade, um conjunto muito diversificado de experiências pode ter um carácter adverso na vida dos indivíduos, despoletando mecanismos de vulnerabilidade existentes, motivo pelo qual se torna essencial aprofundar o seu estudo; isso mesmo está reflectido diversidade de AVN com severidade na Tabela 5.

Da mesma forma, há a considerar que o impacto que um AVN pode ter na infância, é substancialmente diferente de um ocorrido em idade adulta e mesmo na adolescência – a infância representa um distinto período de desenvolvimento de um ponto de vista psicológico e fisiológico, uma vez que as crianças ainda não adquiriram capacidades de coping suficientes e a plasticidade neuronal é substancialmente diferente (Raphael et al., 2004a). Diferentes estudos podem definir diferentes limites temporais para avaliar os maus-tratos na infância, tal como se pode ver pelas Tabelas 7 e 8. Por outro lado, e como também referem Raphael et al., o efeito combinado de abusos na infância e adultez pode conduzir a ainda piores impactos. Assim, deve ser sinalizado e definido operacionalmente pelos investigadores a idade de ocorrência dos abusos relatados, ou até que idade-limite estes ocorreram.

Walker et al. (1997b) fazem-no no seu estudo, incluindo também outros acontecimentos de vida negativos para além do abuso físico e sexual, e alargando a sua análise ao abuso psicológico, negligência física e psicológica, ausência parental ou incapacitação por perturbações mentais ou toxicodependência (mas, estranhamente, não apresentam resultados para além dos relativos aos 5 tipos de maus-tratos); desde então quase todos os estudos têm vindo a incluir os mais diversos tipos de acontecimentos (e.g., Goldberg et al., 1999; McBeth et al., 1999; Anderberg et al., 2000; Van Houdenhove et al., 2001a; Imbierowicz & Egle, 2003; Castro et al., 2005). Esta perspectiva não pode deixar de ser associada à possibilidade de não ser um tipo de acontecimento de vida específico a estar relacionado com a FM, mas a haver um impacto mais abrangente de diversos acontecimentos que vão, gradual e repetidamente, aumentando a vulnerabilidade do indivíduo.

Neste sentido, entendemos que a problemática em torno dos acontecimentos de vida nesta população é muito vasta e, como veremos mais adiante, não se esgota nas questões que foram até agora formuladas nesta discussão. No entanto, um elemento que consideramos fundamental é a consideração em simultâneo do impacto e da frequência, uma vez que isso permite ter uma perspectiva mais integradora desta realidade. Os resultados indicados na Tabela 5 remetem exactamente para essa leitura da severidade (frequência x impacto), pelo menos no que diz respeito à presente amostra. Uma primeira análise dos mesmos permite perceber que eles tendem a confirmar uma tendência observada na literatura em relação ao tipo de AVN potencialmente associados a esta população.

Tabela 5. Resultados do IAV_N – Severidade (frequência x impacto) dos diversos tipos de acontecimentos e índices totais

Acontecimentos de vida negativos	M	DP	Amp
Separações de pessoas significativas			
1. Intermitentes	2.61	4.86	0-20
2. Prolongadas (+ de 3 meses)	3.50	4.84	0-15
3. Definitivas (abandono ou morte)	5.91	4.12	0-20
Negligência			
4. Física	2.00	5.11	0-20
5. Psicológica	8.29	6.75	0-20
Abuso físico e sexual			
6. Agressões ligeiras	4.96	5.58	0-20
7. Agressões moderadas	2.66	4.85	0-20
8. Agressões severas	.79	2.72	0-15
9. Abusos sexuais	1.23	3.43	0-15
Abuso psicológico			
10. Depreciações	7.49	6.65	0-20
11. Rejeições	7.79	6.74	0-20
12. Humilhações	5.36	6.75	0-20
13. Punições desproporcionadas	1.37	3.92	0-20
14. Exigências desproporcionadas	7.16	6.27	0-20
15. Ameaças verbais ou escritas à integridade	3.10	5.68	0-20
Ambiente familiar disfuncional			
16. Conflitos entre familiares próximos	7.60	7.03	0-20
17. Separações e/ou ameaças de separação (pais/cônjuges)	4.17	5.07	0-20
18. Abuso de substâncias entre familiares próximos	4.36	7.12	0-20
Condições de vida adversas			
19. Dificuldades económicas	6.46	6.01	0-20
20. Problemas educacionais	2.13	4.04	0-20
21. Mudança de residência	3.14	4.16	0-20
22. Mudança de escola	1.90	3.54	0-12
23. Habitação sem condições adequadas	1.83	4.28	0-20
Problemas de saúde			
24. Físicos e/ou psicológicos do próprio	9.47	5.41	0-20
25. Físicos e/ou psicológicos entre familiares próximos	6.91	5.27	0-20
Índice global de AVN (IGA)	4.49	2.72	1-14
Índice de presença de AVN (IPA)	12.50	4.50	4-22
Índice de severidade de AVN (ISA)	8.45	2.71	3-17

A evolução do estudo dos AVN na FM tem apontado para situações mais relacionadas com a negligência e abuso psicológicos, e também para conflitos familiares, em detrimento do abuso físico e sexual, bem como da negligência física, tal como pode ser verificado a partir do enquadramento teórico relativo a essa temática; isto tem vindo a ser demonstrado pelas mais recentes investigações, muito embora as primeiras tendessem para os abusos físicos e sexuais como factor de risco. Um dos primeiros estudos a apresentar a vitimização na FM como um processo mais abrangente e global que não se reduz a um acontecimento específico ou apenas à infância, foi o de Anderberg et al. (2000); depois disso, vários autores acentuaram essa perspectiva de que são os repetidos e continuados sentimentos de desamparo e impotência na relação com a adversidade, aqueles que podem desempenhar um importante papel no aumento da vulnerabilidade destes indivíduos (e.g., Van Houdenhove et al., 2001a; Imbierowicz & Egle, 2003; Castro

et al., 2005); de acordo com outros autores (e.g., Van Houdenhove & Egle, 2004), o impacto dos AVN na FM poderia estar mais relacionado com processos de vinculação do tipo inseguro do que propriamente com um tipo de acontecimentos específicos. Surpreendentemente, em 2009, Govender et al. constataram valores de vinculação segura na FM correspondentes a pelo menos metade da amostra estudada (52%), pelo que, em nenhum momento podemos deixar de ter consciência que as interpretações realizadas podem não abranger a totalidade dos indivíduos com FM, e, eventualmente, podem apenas incluir um subgrupo mais reduzido destes.

Independentemente disso, o que nos parece claro, com base na análise dos dados da Tabela 5, é que os acontecimentos com maior severidade são aqueles que podem estar associados a uma vinculação insegura, ou pelo menos acontecimentos que demonstram dificuldades na gestão dos conflitos existentes entre as suas necessidades e as exigências dos outros, num espaço familiar que não lhes garante a segurança necessária; esta interpretação anterior pode, no entanto, ser perspectivada como enviesada, uma vez que estamos perante a avaliação de acontecimentos ao longo da vida dos pacientes e que não se restringem à infância. Ainda assim, não podemos esquecer que os processos de vinculação são actualmente entendidos como muito mais abrangentes, em vez de se reduzirem aos primeiros anos de vida. Ao contrário da vasta literatura acerca da continuidade e descontinuidade dos estilos de vinculação durante a infância, pouco é conhecido acerca da estabilidade dos estilos de vinculação através do percurso de vida ou acerca de factores que possam precipitar mudanças de um estilo para outro, durante a idade adulta. No entanto, Shaver e Rothbard (1994) sugerem que uma das formas como os modelos de funcionamento interno das relações poderão mudar será através da desconfirmação das experiências sociais. Esta suposição é consistente com os resultados encontrados por Sroufe, Egeland e Kreutzer (1990), que sugerem que as mudanças no meio ambiente e/ou através de repetidas interacções com modelos de relações desconfirmatórias de parceiros, forcem o indivíduo a acomodar modelos de funcionamento interno às experiências presentes, em vez de as assimilarem à estrutura representacional existente.

Contudo, e independentemente da discussão em torno dos processos de vinculação, nos quais não nos pretendemos centrar, aquilo que os dados da presente investigação sugerem é o peso do trauma psicológico, mais do que o do trauma físico na possível vulnerabilidade destes pacientes, de uma perspectiva de severidade global e abrangente, mais do que de um acontecimento específico como o abuso sexual ou físico na infância; vejam-se os resultados da Tabela 5, nos quais os AVN que apresentam uma maior severidade nesta amostra são a negligência psicológica (8.29), determinados acontecimentos relacionados com o abuso psicológico – depreciações (7.49), rejeições (7.79), exigências desproporcionadas (7.16) – e os conflitos entre familiares próximos (7.60), a que se podem juntar ainda as separações definitivas (5.91). Neste sentido, cremos que os resultados desta investigação voltam a sugerir esta perspectiva mais recente dos AVN na FM. Apesar do acima formulado em relação ao abuso físico e sexual,

entendemos que podem ser levantadas algumas objecções ao mesmo, tendo por base o facto dessas formulações terem sido elaboradas apenas a partir da comparação entre o grau de severidade dos diversos AVN avaliados; concordamos com essas possíveis objecções, motivo pelo qual aprofundaremos esta temática mais adiante, através da análise de duas tabelas (Tabela 6 e 7) nas quais comparamos a prevalência desses AVN nesta amostra com investigações anteriores. Lamentavelmente, não temos dados normativos para este instrumento de avaliação dos AVN, uma vez que ele resulta da adaptação de uma outra escala; nesse sentido, entendemos que estas se constituem como duas das perspectivas de análise possíveis.

Ainda relativamente à Tabela 5, constatamos uma elevada severidade da amostra em termos de problemas de saúde pessoais (9.47), o resultado mais elevado, muito embora este valor decorra mais dos resultados da frequência do que do impacto. Mais alguns AVN se destacam ainda em termos de severidade: os problemas de saúde de familiares próximos (6.91) e as dificuldades económicas (6.46). Em termos gerais, os AVN que apresentam uma maior frequência são aqueles que tendem a ter uma maior severidade, motivo pelo qual isso pode justificar a opção de diversos autores pela análise da frequência em detrimento do impacto; em caso de se ter de optar entre as duas variáveis deve então ser ponderada a frequência, ainda que insistamos na necessidade de, cada vez mais, dever ser analisada a relação entre o impacto e a frequência. O único AVN que contrasta com esta análise relativa à frequência é as separações definitivas, as quais apresentam uma maior severidade decorrente do seu impacto; isso remete-nos para a dificuldade que pode estar latente nesta população em relação à situação de perda e de luto, o que, a ser verdade, remeteria para os aspectos relacionais e novamente para a vinculação.

Um outro aspecto que se notou também da análise da relação entre impacto e frequência de AVN foi que acontecimentos como as exigências desproporcionadas e as dificuldades económicas acabaram por ter uma menor severidade, decorrente da consideração do seu impacto mais reduzido; se perspectivarmos essa situação tendo como referência o facto de serem esses dois AVN aqueles que as pacientes mais ponderam em termos de terem aspectos não apenas negativos mas também positivos (16% em ambos), ainda mais significativa se torna esta questão. Aparentemente, a forma como estes indivíduos perspectivam favoravelmente as exigências desproporcionadas e as dificuldades económicas pode conduzi-los a processos em que não consideram o seu peso negativo, insistindo nas suas capacidades para fazer face à adversidade, quando os seus objectivos estão definidos muito acima das mesmas – o elevado grau de exigência para consigo mesmas, tendencialmente decorrente da vivência de situações em que os outros exigiram isso de si, pode fragilizar ainda mais a sua condição. Da mesma forma, a busca de processos de autonomia face a dificuldades económicas pode conduzir a um, ainda maior, desrespeito pela sua condição, para mais se considerarmos a dificuldade em solicitar ajuda presente na amostra.

Se atendermos aos índices totais do IAV_N apresentados na Tabela 5, constatamos que, em média, as pacientes experienciam cerca de 13 (DP=4.50) dos acontecimentos indicados no instrumento,

aproximadamente metade do número total (25). Comparando os resultados médios do IGA (4.49; DP=2.72) e do ISA (8.45; DP=2.71), verificamos que os valores do último são praticamente o dobro dos do primeiro, o que reflecte a negatividade dos acontecimentos vividos. Numa outra linha de análise, podemos constatar que estamos perante uma amostra com características muito diversificadas, uma vez que os valores de amplitude variam, nos diversos tipos de AVN, quase sistematicamente entre os dois extremos, 0 e 20. O mesmo acontece nos resultados globais do instrumento, que também apresentam amplitudes, e mesmo desvios-padrão, com valores bastante elevados; o IGA tem um mínimo de 1 e um máximo de 14 (com valores possíveis entre 0 e 20), o IPA tem um mínimo de 4 e um máximo de 22 (com valores possíveis entre 0 e 25) e o ISA tem um mínimo de 3 e um máximo de 17 (com valores possíveis entre 0 e 20). Nesse sentido, se para algumas pacientes os AVN têm uma severidade muito forte, para outras ela é praticamente inexistente; esta análise é extensível aos resultados relativos à frequência e ao impacto separadamente, como pode ser observado através dos valores de amplitude nos Anexos K e L que, sistematicamente, alternam entre os mínimos e os máximos possíveis (na frequência entre 0 e 4 e no impacto entre 1 e 5). Desta forma, acabamos por ver reflectida nos resultados toda uma diversidade de condições em termos de frequência, impacto, severidade e tipo de AVN presentes, diversidade essa que não pode deixar de ser ponderada aquando do processo de avaliação dos indivíduos com FM, em vez de se partir de pressupostos em relação a estes pacientes.

1.3. ABUSO FÍSICO E SEXUAL

Retomaremos agora uma anterior discussão, a do abuso físico e sexual nesta população. Tal como já foi referido, o tipo de AVN mais estudado relativamente à FM tem sido o abuso físico e sexual, em particular na infância; foram inclusive estes que despoletaram o aprofundar da temática dos acontecimentos de vida nesta população, não apenas em função da sua observação clínica em alguns pacientes, mas também da sua presença em outras patologias que apresentam comorbilidade com esta síndrome, o que é referenciado por Boisset-Pioro et al. (1995). Daí que uma das grelhas de leitura dos resultados tivesse de aprofundar essa questão, em virtude de terem sido obtidos resultados contraditórios até ao momento. Contudo, devemos indicar um ponto prévio a esta discussão, o facto de terem sido definidos critérios tanto quanto possível semelhantes a estudos anteriores e aos valores considerados normativos na classificação do abuso físico e sexual (ver procedimentos de análise e tratamento de dados). Abordaremos primeiro o abuso sexual e posteriormente o abuso físico, discutindo muitas das questões suscitadas pela literatura, mas com a consciência de que jamais esgotaremos o tema e que não chegaremos a uma conclusão definitiva sobre o mesmo.

Tabela 6. Comparação dos valores de prevalência de abuso sexual da amostra com outros estudos retrospectivos

Referência do estudo	Amostra	N (% mulheres)	Abuso na infância	Instrumento	Método	Infância %	Adultez %	Ao longo da vida %	Infância e adultez %
Estudo actual	Comunitária FM	70 (100)	<18 anos	Questionário adaptado do IAV_N (Brás & Cruz, 2008)	entrevista directa	11	6	14	3
Dong et al. (2003) - ACE Study (valores normativos para EUA)	População em geral	9367 (100)	<18 anos	ACE Study Questionnaire (Dong et al., 2003)	auto-preenchimento	25	-	-	-
Boisset-Pioro et al. (1995)	Cuidados terciários FM	83 (100)	<16 anos	Questionário elaborado a partir do National Population Survey of Canada (NPSC, Drossman et al., 1990; Bagdley et al., 1984)	auto-preenchimento	37	31	51	17
Taylor et al. (1995)	Cuidados terciários FM	40 (100)	-	Questionário elaborado a partir do NPSC (Drossman et al., 1990; Bagdley et al., 1984)	auto-preenchimento	-	-	65	-
Walker et al. (1997b)	Cuidados terciários FM	36 (100)	<18 anos	Child Maltreatment Interview (CMI, Briere, 1992)	entrevista directa	33 (penetration)	67 (penetration)	-	25 (rape)
Alexander et al. (1998)	Cuidados terciários FM	75 (100)	<14 anos	Questionário elaborado a partir do NPSC (Drossman et al., 1990; Bagdley et al., 1984)	entrevista directa	35 (exposure of sex organs)	-	63 (forced sexual relations)	-
Anderberg et al. (2000)	Cuidados terciários FM	40 (100)	-	Questionário especificamente desenvolvido pelos autores do estudo	auto-preenchimento	-	-	8 (sexual assault)	-
Van Houdenhove et al. (2001a)	Cuidados terciários FM (54 com SFC*)	95 (78)	-	Questionnaire on Burdening Experiences (QonBE, Nijenhuis et al., 1996)	auto-preenchimento	-	-	20 (sexual harassment) 10 (sexual abuse)	-
Imbierowicz & Egle (2003)	Cuidados terciários FM	38 (74)	<15 anos	Structured Biographical Interview for Pain Patients (SBI-P, Egle et al., 1993)	entrevista directa	11	-	-	-
Ciccone et al. (2005)	Comunitária FM	52 (100)	<16 anos	Questionário semelhante ao do NPSC (Leserman et al., 1997)	entrevista telefónica	27	-	44	-
Castro et al. (2005)	Cuidados terciários FM	58 (98)	-	Questionário elaborado a partir do NPSC (Drossman et al., 1990; Bagdley et al., 1984)	auto-preenchimento	-	-	10	-

Nota: * Segundo Van Houdenhove et al. (2001a) não foram encontradas diferenças significativas entre o grupo com SFC e com FM no que respeita às diversas formas de vitimização; Os valores do estudo de Dong et al. (2003) faz-se notar que são para a população em geral e não para uma amostra com FM, ao contrário de todos os outros.

Tabela 7. Comparação dos valores de prevalência de abuso físico da amostra com outros estudos retrospectivos

Referência do estudo	Amostra	N (% mulheres)	Abuso na infância	Instrumento	Método	Infância %	Adulter %	Ao longo da vida %	Infância e adulter %
Estudo actual	Comunitária FM	70 (100)	<18 anos	Questionário adaptado do IAV_N (Brás & Cruz, 2008)	entrevista directa	24	3	24	3
Dong et al. (2003) - ACE Study (valores normativos para EUA)	População em geral	9367 (100)	<18 anos	ACE Study Questionnaire (Dong et al., 2003)	auto-preenchimento	27	-	-	-
Boisset-Pioro et al. (1995)	Cuidados terciários FM	83 (100)	<16 anos	Questionário elaborado a partir do National Population Survey of Canada (NPSC, Drossman et al., 1990; Bagdley et al., 1984)	auto-preenchimento	13	11	18	-
Walker et al. (1997b)	Cuidados terciários FM	36 (100)	<18 anos	Child Maltreatment Interview (CMI, Briere, 1992)	entrevista directa	42	47	-	19
Alexander et al. (1998)	Cuidados terciários FM	75 (100)	<14 anos	Questionário elaborado a partir do NPSC (Drossman et al., 1990; Bagdley et al., 1984)	entrevista directa	28	12	-	-
Van Houdenhove et al. (2001a)	Cuidados terciários FM (inclui 54 com SFC*)	95 (78)	-	Questionnaire on Burdening Experiences (QonBE, Nijenhuis et al., 1996)	auto-preenchimento	-	-	23	-
Imbierowicz & Egle (2003)	Cuidados terciários FM	38 (74)	<15 anos	Structured Biographical Interview for Pain Patients (SBI-P, Egle et al., 1993)	entrevista directa	32	-	-	-
Ciccone et al. (2005)	Comunitária FM	52 (100)	<16 anos	Questionário semelhante ao do NPSC (Leserman et al., 1997)	entrevista telefónica	27	-	42	-
Castro et al. (2005)	Cuidados terciários FM	58 (98)	-	Questionário elaborado a partir do NPSC (Drossman et al., 1990; Bagdley et al., 1984)	auto-preenchimento	-	-	43	-

Nota: * Segundo Van Houdenhove et al. (2001a) não foram encontradas diferenças significativas entre o grupo com SFC e com FM no que respeita às diversas formas de vitimização; Os valores do estudo de Dong et al. (2003) faz-se notar que são para a população em geral e não para uma amostra com FM, ao contrário de todos os outros.

A Tabela 6 apresenta os valores de prevalência de abuso sexual do actual estudo, tendo em vista a comparação com os resultados de outras investigações; através de uma primeira análise podemos perceber que os resultados apresentados têm um carácter muito pouco homogéneo: no abuso sexual na infância os dados variam entre 11% (Imbierowicz & Egle, 2003), um valor igual ao da presente investigação, e 37% (Boisset-Pioro et al., 1995); na adultez variam entre 31% (Boisset-Pioro et al., 1995) e 67% (Walker et al., 1997b), tendo a presente investigação obtido um resultado bastante inferior, 6%; ao longo da vida variam entre 10% (Castro et al., 2005) e 65% (Taylor et al., 1995), com uma prevalência neste estudo de 14%; e, em relação à repetição de abuso sexual na infância e adultez, variam entre 17% (Boisset-Pioro et al., 1995) e 25% (Walker et al., 1997b), com um valor bastante inferior na corrente investigação, 3% da amostra.

A prevalência de abuso sexual na infância nesta amostra foi, como referimos, de 11%, valor igual ao do estudo de Imbierowicz e Egle (2003), tendo ambas as investigações recorrido a um processo de entrevista directa, muito embora no caso de Imbierowicz e Egle (2003) se tenha utilizado uma entrevista estruturada e nesta investigação um questionário adaptado como recurso para uma entrevista directa com cada paciente; ainda assim, em ambos os casos, pode-se colocar a hipótese de a confidencialidade ter afectado os resultados obtidos. De facto, os valores obtidos encontram-se mesmo abaixo daqueles que podem ser tomados como valores de referência para a população geral americana (Dong et al., 2003), e que são na ordem dos 25% – estes dados foram recolhidos com base em questionários de auto-preenchimento, reservando espaço a uma maior confidencialidade. Esse factor pode também justificar os resultados de 6% de abuso na adultez obtidos na presente população, bastante abaixo dos resultados de estudos anteriores, 31% em Boisset-Pioro et al. (1995) e 67% em Walker et al. (1998), sendo que neste último os critérios de abuso sexual ainda são mais restritos, uma vez que remetem apenas para situações de penetração. Contudo, mesmo considerando a questão da confidencialidade como importante, os resultados obtidos para a prevalência de abuso sexual ao longo da vida (14%) são semelhantes aos 10% dos estudos de Castro et al. (2005) e de Van Houdenhove et al. (2001a), os quais utilizaram questionários de auto-preenchimento, o que levanta desde logo algumas objecções à possibilidade de ser essa a justificação para os baixos valores de prevalência apresentados na amostra estudada.

O preenchimento do questionário sem a presença de um entrevistador pode garantir uma confidencialidade que muitas mulheres poderão valorizar, contudo, a entrevista tem desempenhado um papel fundamental no enquadramento e na compreensão da história de vida dos indivíduos e, segundo Groth-Marnat (2003), sem o carácter enquadrador desta a maioria dos testes psicológicos não teriam sentido. O recurso à entrevista poderia revelar-se assim, também para Walker et al. (1997b), como um instrumento complementar que permitiria clarificar determinadas questões e aprofundar memórias específicas. No entanto, como referem Raphael et al. (2004a), muito embora a

entrevista possa ser considerada como um padrão mais adequado, os indivíduos tendem a mencionar mais facilmente as experiências difíceis ou potencialmente vergonhosas quando podem permanecer anónimas; isso pode implicar que o uso de entrevista conduza a um sub-relato de abusos na infância. Ainda assim, de acordo com uma meta-análise realizada por Jumper (1995), verificou-se que o método de avaliação dos abusos não tem impacto significativo nos dados recolhidos (cit. em Raphael et al., 2004a). Dos estudos por nós analisados mais aprofundadamente, verificamos que 8 optam pelo questionário (Boisset-Piolo et al., 1995; Taylor et al., 1995; Alexander et al., 1998; Goldberg et al., 1999; Anderberg et al., 2000; Finestone et al., 2000; Van Houdenhove et al., 2001a; Castro et al., 2005), e apenas 4 escolhem a entrevista clínica (Walker et al., 1997b; McBeth et al., 1999; Imbierowicz & Egle, 2003; Ciccone et al., 2005). Em função da diversidade de resultados destes estudos, constatamos que a consideração de que existem maus-tratos nesta população não está directamente relacionada com o tipo de instrumento com que foi feita a avaliação dos mesmos.

Outras objecções podem ser levantadas; o facto do valor de prevalência relativo ao abuso sexual ao longo da vida ser próximo (14%) ao do estudo de Castro et al. (2005) realizado na Nicarágua (10%), poderia fazer-nos equacionar a importância de estarmos perante realidades socioculturais muito distintas, lançando a hipótese de na Nicarágua a noção de abuso sexual ser substancialmente diferente, bem como a possibilidade de determinados factores socioculturais poderem limitar o relato dessas situações, justificando por isso os baixos valores de prevalência nessa investigação; por um lado, em relação à definição de abuso sexual, ambos os estudos usam critérios semelhantes, e, por outro, essa questão deixa de se colocar quando um estudo de Van Houdenhove et al. (2001a) tem valores exactamente iguais numa realidade sociocultural muito semelhante à de Portugal, a Bélgica. Castro et al. (2005), perspectivando os diferentes valores de prevalência existentes em relação ao abuso sexual na população em geral (entre 10% e 54%), usa o argumento da variação cultural para justificar as diferenças mas não a semelhança de resultados entre estudos, atribuindo ainda essas diferenças à definição de abuso em termos desta incluir ou não o abuso sem contacto.

Um outro aspecto que deve ser ponderado na análise comparativa realizada é que as amostras podem ter características muito diversas, para além dos contextos socioculturais e geográficos; um desses aspectos diz respeito à possibilidade de estarmos a incluir na amostra indivíduos com e sem FM, nem que seja pela dificuldade muitas vezes associada aos critérios de diagnóstico. Mesmo que não consideremos esse facto, alguns estudos tendem a incluir indivíduos com síndromes próximas como a SFC; isso acontece no estudo de Van Houdenhove et al. (2001a), aquele que tem resultados semelhantes ao da presente investigação no abuso sexual ao longo da vida, e que foi apresentado como suporte para os dados agora obtidos. Realmente, a inclusão de indivíduos com SFC (57% da

amostra) pode ter tido um carácter enviesador dos resultados obtidos, deixando estes de ser ilustrativos da condição fibromiálgica, mas da FM e do SFC no seu conjunto; apenas uma objecção da nossa parte em relação a essa perspectiva: como insistem Van Houdenhove et al. (2001a), não foram encontradas diferenças significativas entre o grupo com SFC e com FM no que respeita às diversas formas de vitimização. Contudo, um outro aspecto decorre da inclusão de indivíduos com SFC na amostra, nomeadamente uma maior percentagem de homens na mesma, o que também pode ter impacto nos resultados obtidos, uma vez que, como diversos estudos demonstram (e.g., Dong et al., 2003), o abuso sexual tem uma maior prevalência nas mulheres que nos homens. Também no estudo de Imbierowicz e Egle (2003), 26% da amostra é constituída por homens com FM (no caso de Van Houdenhove et al. eram 22%), o que pode justificar os baixos valores de prevalência na infância obtidos; no entanto, esses resultados são semelhantes aos do presente estudo que é exclusivamente constituído por uma amostra de mulheres.

A discussão em torno da amostragem vai muito para além das questões anteriormente mencionadas. Como podemos perceber, a maioria dos estudos recorrem a amostras de cuidados de saúde secundários/terciários que, segundo alguns autores (e.g., Alexander et al., 1998), tendem a apresentar valores mais elevados de prevalência de abusos. Apenas o estudo de Ciccone et al. (2005) recorre a uma amostra comunitária, tendo obtido valores de 27% de abuso sexual na infância, que, comparativamente aos valores normativos para a população geral americana (25%, Dong et al., 2003), são bastante próximos, ainda que bastante superiores aos obtidos no presente estudo (11%). Importa também perceber que, apesar dos resultados serem semelhantes aos do estudo de Dong et al. (2003), Ciccone et al. (2005) consideram que a violação é um factor de risco para a FM, embora outras formas de abuso sexual e físico não o sejam.

A questão em torno de uma possível associação entre o abuso sexual e a FM pode consubstanciar-se muitas vezes na opção por determinadas metodologias de investigação e, nomeadamente, aquando da escolha do GC nos estudos de caso-controlo. Os estudos de Boisset-Pioro et al. (1995) e de Taylor et al. (1995), as duas investigações que deram origem à discussão em torno desta temática, são paradigmáticos desse facto; o primeiro obteve uma prevalência ao longo da vida de 51% e o segundo de 65%, aproximadamente 15 pontos percentuais acima. No entanto, enquanto Boisset-Pioro et al. (1995) defende uma associação entre o abuso sexual e a FM, Taylor et al. (1995) contrariam essa posição com base na não existência de diferenças significativas para o GC escolhido; ainda assim, em Taylor et al. (1995) constata-se a existência de uma tendência, uma vez que $p=5$.

Talvez não surpreenda por isso que, no que diz respeito à amostragem, Walker et al. (1997b), no estudo imediatamente a seguir aos dois primeiros, tendam a ser críticos em relação ao estudo de

Taylor et al. (1995), enunciando limitações inerentes à amostra de conveniência escolhida, com valores elevados de vitimização em ambos os grupos (amostra de FM de uma clínica médica versus outra da população em geral sem historial médico relevante); os próprios resultados são, segundo Walker et al. (1997b), inconsistentes com estudos anteriores em relação à população em geral (tendencialmente valores baixos de vitimização), quando comparada com amostras de clínicas médicas (tendencialmente valores elevados). De facto, vários estudos indicam que as amostras de pacientes acompanhados nos cuidados de saúde secundários/terciários tendem a apresentar uma maior prevalência de stress, e níveis mais elevados de vitimização que nos cuidados primários e em amostras da população em geral; será no entanto difícil encontrar pacientes com FM apenas nos cuidados de saúde primários, uma vez que, como refere Raphael (2006), o seu diagnóstico tende a ser realizado nos cuidados terciários, motivo pelo qual Walker et al. (1997a, 1997b) também recorrem aos cuidados de saúde terciários no seu estudo, apesar das críticas formuladas.

Este enviesamento de amostragem constitui, por parte Raphael et al. (2004a), uma das críticas essenciais aos estudos sobre a existência dos abusos na FM. Segundo Raphael et al. (2001), alguma literatura aponta exactamente para essa associação entre um historial de trauma e a procura de cuidados de saúde (e.g., Aaron et al., 1997; Alexander et al. 1998; Talley et al., 1997), mas isso não significa que haja uma associação do abuso físico ou sexual com a evolução dos sintomas de FM. Da mesma forma, acrescentamos que o tipo de população escolhido para GC nos estudos de Boisset-Pioro et al. (1995) e Taylor et al. (1995) foi muito diferente (condições reumáticas versus população sem historial médico relevante), o que pode também ter tido impacto nos resultados obtidos, para mais se considerarmos que os valores de vitimização encontrados por Taylor et al. (1995) no GC é, no mínimo, estranho face aos estudos sobre indivíduos sem historial médico relevante.

De facto, também Raphael et al. (2004a) defendem que a escolha do GC se revela uma decisão crucial em termos metodológicos, particularmente quando se recorre a estudos de caso-controlo, uma vez que estes pretendem, a partir da comparação de dois grupos com características semelhantes à excepção da doença ou condição em estudo, analisar a probabilidade de associação de determinadas variáveis ao diagnóstico do GE; pela nossa parte consideramos excessivo que se considere determinada variável como associada a determinada síndrome em função da existência de diferenças significativas entre grupos, para mais se ponderarmos o quanto é difícil controlar variáveis parasitas nesses estudos – além disso, tenderá a ser mais fácil provar a existência de diferenças significativas entre a FM e indivíduos “saudáveis” do que entre a FM e a AR. No caso da FM tende a recorrer-se para GC a indivíduos definidos como saudáveis ou sem historial clínico relevante (e.g. Taylor et al., 1995), a doentes com AR (e.g., Van Houdenhove et al., 2001a), a outras condições de dor crónica (e.g., Ciccone et al., 2005) ou outras condições reumáticas (e.g., Boisset-

Pioro et al., 1995), decorrendo isso também da classificação reumatológica da FM. Outros casos dizem respeito a diversas perturbações psiquiátricas decorrentes da associação a processos de somatização – perturbações de humor, de ansiedade ou somatoformes são exemplo disso (e.g., Imbierowicz & Egle, 2003). Raphael et al. (2004a) são também bastantes críticos no que diz respeito à utilização de um GC “saudável” pelos seus potenciais “*artifactual effects*” (p. 103) nos estudos sobre perturbações de dor, tal como tem sido defendido por Marbach, Schwartz e Link (1992); acresce a isto a consideração do que é um indivíduo saudável, ou mesmo o que é um historial clínico relevante, uma vez que a doença e a saúde são condições sem limites marcadamente definidos e, como tal, transversais a toda a história dos indivíduos.

Um outro aspecto que entendemos que deve ser ponderado na escolha do GC é a opção por indivíduos com doenças cuja condição está medicamente explicada, uma vez que isso não acontece na FM (daí a sua classificação como síndrome); essa opção parte de uma descrença na sintomatologia do fibromiálgico. Mais estranha ainda nos parece a consideração de Imbierowicz e Egle (2003) de que esses GC podem ser classificados como “*organic control group*” (p. 115), pois isso pressupõe que a FM não tem um carácter orgânico, o que tem levado a uma descredibilização da síndrome e, acima de tudo, do sofrimento desses pacientes; a ideia de somatização associada à FM não pode desvalorizar a existência de processos orgânicos ainda não descobertos. Entre os diversos GC utilizados, o recurso à AR é, do nosso ponto de vista, particularmente interessante, uma vez que esta foi considerada, durante décadas, uma das clássicas doenças psicossomáticas, até ao momento em que se descobriu a sua etiopatogenia (Walker et al., 1997a). Para além disso, a evolução da doença, a sua condição dolorosa e debilitante, e o seu carácter crónico e reumatológico, similares à FM, tendem a garantir um grupo de comparação adequado, uma vez que permitem colocar em perspectiva os níveis de stress e de perturbações psiquiátricas. Em função do exposto, cremos também ter formulado alguns dos motivos pelos quais a presente investigação não optou por um estudo de caso-controlo; em seguida abordaremos mais algumas das questões que se podem levantar no estudo dos abusos nesta população e que decorrem, na sua maioria, de se procurarem evitar possíveis enviesamentos de amostragem.

Os enviesamentos de amostragem nesta síndrome surgem, não apenas do facto de grande parte das amostras de FM serem recolhidas em populações de cuidados de saúde secundários e terciários que podem não ser representativas das diversas condições de diagnóstico de FM, mas também de os indivíduos abusados terem uma maior procura de cuidados de saúde (e.g., Alexander et al., 1998); em função disso, o abuso estaria associado não à FM em si, mas à procura de cuidados de saúde presente nessas amostras. Ocorreria assim nestes casos aquilo que Cohen (1984, cit. in Raphael, 2006) denomina de “*ilusão do clínico*”, segundo a qual são estudados grupos de indivíduos

não representativos de uma síndrome, na medida em que os investigadores e os clínicos têm um acesso facilitado aos mesmos.

Em função do acima exposto, os procedimentos de amostragem devem constituir-se como uma preocupação central em termos metodológicos, à semelhança da opção pelo tipo de estudo, também anteriormente mencionada. Raphael et al. (2004a) referem que a escolha de um estudo transversal sem se recorrer à metodologia de caso-controlo acaba por ter diferenças em termos de resultados – o padrão de resultados é mais consistente em relação à associação entre auto-relato de abuso na infância e dor nos estudos transversais que não recorrem ao caso-controlo (e.g., McBeth et al., 1999; Finestone et al., 2000; este último utiliza simultaneamente as duas metodologias). Isso deve-se, segundo os mesmos investigadores, ao facto de nos estudos sem caso-controlo a dor ser mais considerada um sintoma do que uma síndrome e, caso essa hipótese se confirme, o abuso na infância estaria associado a sintomas de dor e não a síndromes; isto torna ainda mais defensável a posição adoptada no corrente estudo de não se optar por um estudo de caso-controlo. Por outro lado, Raphael et al. (2004a) remetem também para o facto de os estudos exclusivamente transversais serem constituídos por amostras muito maiores que apenas assim permitiriam detectar a presença de uma associação que deve ser considerada modesta; de acordo com estes autores, esta hipótese é reforçada pelos resultados dos estudos de caso-controlo constituídos por amostras maiores. O recurso a amostras maiores é uma das propostas formuladas pelos mesmos para fazer face ao enviesamento de amostragem; outra das propostas é o recurso a amostras comunitárias e da população em geral em detrimento de amostras clínicas, particularmente dos cuidados de saúde secundários e terciários. Essa foi também a nossa opção.

Contudo, uma das objecções mais comuns à associação entre o abuso físico e sexual e a FM diz respeito ao facto de, até 2001 (Raphael et al.), a grande maioria dos estudos ter um carácter retrospectivo; essa é uma limitação comum a todas as investigações presentes nas Tabelas 7 e 8. Segundo Azevedo e Maia (2006), as investigações retrospectivas sobre maus-tratos apresentam várias limitações metodológicas, destacando-se desde logo a dificuldade em estabelecer uma linha divisória na interpretação dos dados entre causas e consequências dos AVN (e.g., o comportamento da criança resulta dos maus-tratos ou é uma causa?), a dificuldade de generalização de resultados pelo enviesamento de amostragem (e.g., recolha de dados em espaços onde está mais presente o abuso) e a falta de consenso em relação à própria definição de maus-tratos.

Ainda assim, de acordo com Raphael et al. (2004a), a questão essencial relativamente aos estudos retrospectivos diz respeito aos enviesamentos de memória que, segundo estes, estão relacionados com a tendência dos indivíduos com doenças não explicadas medicamente para procurarem, mais activamente, acontecimentos de vida justificativos do que os indivíduos saudáveis;

esta questão pode também justificar a elevada associação de acontecimentos de vida ao precipitar da sintomatologia. Mesmo referindo alguns destes aspectos, Imbierowicz e Egle haviam apresentado, em 2003, argumentos que contrariam o peso atribuído aos enviesamentos de memória nos estudos retrospectivos; nesse sentido, citam vários estudos (e.g., Lewinson et al., 1980; Parker, 1981; Coyne & Gotlib, 1983; Robins et al., 1985; Kendler et al., 1991) que referem que esse enviesamento acaba por gerar um sub-relato dessas memórias, o que foi confirmado por estudos prospectivos mais recentes (e.g., Widom & Morris, 1997; Widom & Shepard, 1997) – apenas 73% dos indivíduos traumatizados durante a infância o relatam 20 anos depois, sendo isso justificado por uma tendência humana geral para reprimir os AVN, ainda mais presente nos casos de somatização. Contudo, Van Houdenhove et al. (2001a) concordam com a limitação metodológica associada aos estudos retrospectivos, reforçando que os aspectos subjectivos como o esforço de construir um sentido e experiências terapêuticas anteriores acabam por ter impacto no acesso e leitura dessas memórias.

De facto, também nós entendemos que recordamos sempre a partir do momento presente, pelo que a memória é uma permanente reconstrução a partir de leituras actuais. E isto remete-nos para dois outros aspectos associados ao enviesamento de memória: por um lado, a existência de memórias que tomamos por nossas e que são construídas a partir da memória de outros; e, por outro lado, que qualquer recordação é feita a partir do momento presente e, como tal, tende a ser, em todos os indivíduos, congruente com o humor que possuem nesse momento. Segundo Raphael et al. (2004a), um humor depressivo pode influenciar a recordação de memórias, especialmente se estas forem traumáticas, sendo importante, segundo estes, o controlo da depressão aquando do recurso a uma avaliação retrospectiva; foi com base nessa consideração que Ciccone et al. (2005) conduziram a investigação da hipótese de trauma na FM, colocando em causa uma relação directa entre os abusos e a FM. No entanto, Imbierowicz e Egle (2003) já haviam formulado argumentos que objectam a esta influência do estado mental no processo de recordação selectiva, apresentando estudos empíricos que desmentem essa relação (Brewin et al., 1993; Gerlsma et al., 1993, 1994). Segundo Ferguson et al. (2000), a acontecer essa relação, ela conduzirá a um sub-relato de 30% nas adversidades da infância (cit. in Imbierowicz & Egle, 2003).

Independentemente dos argumentos usados, reconhecemos que, pelo menos em parte, fazem sentido as críticas suscitadas pelo carácter retrospectivo dos estudos, uma vez que a memória constitui um espaço que definiríamos como não certificado em relação à verdade, ao contrário, segundo Raphael (2006), dos abusos documentados, nomeadamente pelos tribunais. Ainda que essa possa ser, também ela, uma posição bastante discutível, a proposta formulada desde os primeiros artigos (Raphael, 1987) do recurso a estudos prospectivos para a avaliação dos AVN, tem-se constituído como a opção mais natural para enfrentar a limitação do enviesamento de memória. Essa

avaliação prospectiva (e.g., Raphael et al., 2001) tem desconfirmado, pelo menos em parte, a importância excessiva atribuída pelos estudos retrospectivos de caso-controlo aos abusos físicos e sexuais na infância como factores de risco para a dor e FM na idade adulta.

Em relação aos resultados da presente investigação aquilo que constatamos é o seguinte: apenas 11% da amostra relata abusos sexuais na infância, cerca de 14 pontos percentuais abaixo dos valores normativos para a população geral americana (Dong et al., 2003), muito embora se possam considerar algumas objecções a este termo de comparação, uma vez que estamos a falar de diferentes contextos socioculturais e, eventualmente, de diferentes níveis de violência nas duas culturas. Ainda relativamente ao abuso sexual na infância, um estudo de Imbierowicz e Egle (2003) apresenta exactamente o mesmo valor de prevalência e, contudo, defende que a violação (mesmo que não outras formas de abuso) é um factor de risco para a FM. Pela nossa parte, entendemos que os valores encontrados relativamente ao abuso sexual na infância se encontram dentro dos padrões normativos, e como tal seria estranho que pudessem ser objectivamente considerados como associados à FM, podendo contudo estar relacionados com a hipótese de aumento da vulnerabilidade ao surgimento de diversas patologias (Felitti et al., 1998), até consoante uma vulnerabilidade genética pré-existente, mas sem que isso se relacione directamente com o desenvolvimento específico de FM na idade adulta.

Por seu lado, também Van Houdenhove et al. (2001a) consideram que o abuso sexual não deve ser encarado como uma forma de vitimização particularmente associada à FM. Os autores discutem este resultado citando investigação que remete para a hipótese de o abuso sexual estar maioritariamente associado a sintomas gastrointestinais (e.g., Drossman et al., 1990) ou a dor pélvica (e.g., Walker & Stenchever, 1993), devido à proximidade anatómica e emocional relacionada com as partes do corpo envolvidas. Uma recente meta-análise de Paras et al. (2009) apresentou resultados que confirmam esta ideia, revelando a existência de associações estatisticamente significativas entre o abuso sexual e as perturbações funcionais gastrointestinais e a dor pélvica crónica. Na presente investigação, das 10 mulheres que mencionam ter sido alvo de abusos sexuais, apenas 5 (50%) referem o diagnóstico de SCI em comorbilidade com a FM, independentemente destas poderem ter sintomas gastrointestinais e não um diagnóstico específico; no entanto, há outras 8 pacientes com diagnóstico de SCI, dum total de 13, que não referiram ter sido alvo de abuso sexual, pelo que os dados desta amostra não permitem confirmar essa hipótese.

Ainda que os dados desta investigação sugiram não existir uma associação entre o abuso sexual na infância e a FM na idade adulta, poder-se-ia dar o caso de existir uma relação entre uma situação de abuso na idade adulta e o desenvolvimento da síndrome; em função dos resultados da Tabela 6, não é também essa a nossa posição, uma vez que os valores de prevalência da presente

investigação são bastante inferiores aos de outros estudos que abordam essa questão através de metodologias de caso-controlo (Boisset-Pioro et al., 1995; Walker et al., 1997b). A reforçar ainda mais a nossa posição está o facto de Boisset-Pioro et al. (1995), com 31% de prevalência face aos 6% desta investigação, defender que o abuso sexual na adultez não está associado à FM, muito embora o abuso na infância e ao longo da vida pareçam estar associados. Nesse sentido, poderíamos ser levados a considerar que é o abuso sexual ao longo da vida aquele que é um factor de risco para a FM. No entanto, os valores de prevalência encontrados (14%) são muito próximos dos de outros estudos que consideram a não existência dessa associação (Van Houdenhove et al., 2001a; Castro et al., 2005). Se a isso juntarmos os valores de severidade do abuso sexual ao longo da vida avaliado através do IAV_N, ainda menos podemos corroborar essa hipótese.

No que diz respeito aos dados da Tabela 7 sobre a prevalência de abuso físico na FM, os resultados dos estudos apresentados voltam a indicar uma grande diversidade: em relação ao abuso físico na infância a prevalência varia entre 13% (Boisset-Pioro et al., 1995) e 42% (Walker et al., 1997b), com a actual investigação a atingir os 24%; na adultez, os dados variam também entre os mesmos dois estudos, 11% em Boisset-Pioro et al. (1995) e 47% (Walker et al., 1997b), tendo este estudo obtido um resultado bastante inferior, 3%; ao longo da vida variam entre 18% (Boisset-Pioro et al., 1995) e 43% (Castro et al., 2005), com uma prevalência neste estudo de 24%; e, em relação à repetição de abuso sexual na infância e adultez, apenas Walker et al. (1997b) a avaliou com um resultado de 19% face aos 3% desta amostra. Em termos de comparação com os valores normativos, constatamos que o abuso físico na infância ainda se encontra abaixo dos mesmos – 24% versus 27% em Dong et al. (2003). Avaliando o mesmo construto, Ciccone et al. (2005) obtiveram um resultado igual ao dos valores normativos e consideraram que o abuso físico não estava associado com a FM numa amostra comunitária, tal como a utilizada na presente investigação.

Em função disso, entendemos que os resultados obtidos com a presente amostra apontam para a hipótese de o abuso físico na infância não ser um factor de risco para o desenvolvimento de FM. Os dados recolhidos apontam também para a possibilidade de que o abuso físico na adultez também não é, uma vez que estamos a falar de 3% da amostra, ainda que Boisset-Pioro et al. (1995), com 11%, defenda existir uma associação entre ambos num estudo de caso-controlo em que constata haver diferenças significativas entre o GE com abuso físico nesse período da vida ($N=9$) e o GC na mesma situação ($N=2$); em função da reduzida dimensão colocamos algumas objecções às conclusões de Boisset-Pioro et al. (1995), pelo que mantemos a posição de que os resultados do presente estudo sugerem a inexistência de uma associação entre abuso físico na adultez e FM.

A questão do abuso físico ao longo da vida parece-nos menos clara. Van Houdenhove et al. (2001a), constataram existir uma significativa prevalência de abuso físico ao longo da vida na

amostra estudada, um resultado muito semelhante ao desta amostra (23% vs. 24%). Muito embora os valores de severidade de abuso físico ao longo da vida, obtidos através do IAV_N, não apontem nesse sentido, é possível a existência dessa associação com a FM, havendo que explorar essa possível relação através de mais estudos. Ainda assim, insistimos que estamos a tratar apenas de um subgrupo desta amostra, uma vez que cerca de 75% da mesma não menciona ter sofrido abusos físicos; o mesmo tenderá a acontecer na restante população com FM, muito embora esta não seja uma amostra representativa.

Independentemente desta questão em particular, entendemos que, à semelhança do que é formulado por Van Houdenhove et al. (2001a), a existir uma associação entre a vitimização e a FM, ela não ocorre tendo como referência algum tipo de acontecimento específico; a mesma posição foi posteriormente defendida por Anderberg et al. (2000), Imbierowicz e Egle (2003), e Castro et al. (2005). Estes autores referem que esse eventual aumento de uma vulnerabilidade genética existente decorre de um processo mais prolongado temporalmente, e que se repete cumulativamente em termos de maus-tratos e adversidade. Pela nossa parte, entendemos que essa hipótese apenas pode ser possível num subgrupo desta população, não se aplicando na totalidade a um grupo tão heterogéneo de indivíduos como os pacientes com FM. Nesse sentido, qualquer generalização tenderá a afastar-nos da compreensão da realidade tal como ela é e a aproximar-nos do que supomos que seja; em vários casos deste estudo constatamos que as pacientes praticamente não referem a existência de AVN.

Simultaneamente, e face ao exposto, percebemos como se torna complexa a discussão em torno dos AVN nesta população, do tipo de acontecimentos que podem estar relacionados com a mesma, bem como da sua possível identificação como factor de risco para a FM, motivo pelo qual se torna difícil afirmar objectivamente essa associação. No entanto, os acontecimentos que apresentam uma maior severidade nesta investigação são, para além dos problemas de saúde do próprio e de familiares, a negligência psicológica, os conflitos entre familiares próximos, e diferentes dimensões do abuso psicológico, nomeadamente as depreciações e as rejeições, reforçadas pelas exigências desproporcionadas. Estes dados apontam para a hipótese de que, a existir uma associação entre AVN e FM ela estará mais relacionada com maus-tratos psicológicos que físicos, mesmo tendo em conta os dados de prevalência relativos ao abuso físico ao longo da vida. Esta posição ainda mais pode ser consubstanciada se ponderarmos os argumentos de Van Houdenhove et al. (2001a) que defendem que, na vitimização, o abuso e a negligência psicológicos tendem ser subestimados, tornando-se muitas vezes difíceis de detectar, ainda que o seu impacto possa ser tão prejudicial como o abuso físico e sexual.

Contudo, mesmo tendo tudo isto em consideração, não podemos deixar de ponderar o facto de os valores médios de severidade neste tipo de acontecimentos serem inferiores a 9, numa escala que pode variar entre 0 e 20, encontrando-se também valores de severidade de 0 no que diz respeito a esses mesmos acontecimentos, bem como a todos os outros. Ou seja, os AVN devem ser objecto de avaliação nesta população, mas não devem ser antecipatoriamente identificados com a síndrome. Assim, parece-nos essencial aceder à perspectiva do paciente como forma de compreensão da sua realidade e de um possível impacto dos AVN no seu estado de saúde, ainda que possam ser questionados uma série de mediadores nesse processo.

2. PSICOPATOLOGIA

Em função das características desta síndrome, entendemos que uma análise aprofundada das comorbilidades, muitas vezes presentes, poderia também ela elucidar para o carácter pouco homogéneo do grupo de indivíduos com diagnóstico de FM – isso mesmo pode ser verificado através da Tabela 8. Ainda que seja apenas uma minoria (23%), aproximadamente um quarto da amostra menciona não ter outras doenças para além da FM, o que sugere que uma grande parte desta população pode não ter comorbilidade com outras perturbações; simultaneamente, 41% referem a existência de outras patologias imunológicas e músculo-esqueléticas, o que acaba por não surpreender face ao enquadramento da FM nestas patologias. Contudo, a discussão em relação ao enquadramento patológico da FM pode ser suscitada de acordo com a elevada comorbilidade com as doenças neurológicas (21%), as perturbações psicopatológicas (21%) e as patologias gastrointestinais (27%). De facto, as duas perturbações com maior comorbilidade nesta amostra de FM são as perturbações depressivas (20%) e a SCI (19%), ambas comuns nesta população, a par das enxaquecas (11%) e da SFC (10%), estas últimas enquadráveis nas patologias neurológicas.

Em função dos resultados expostos na Tabela 8 é possível verificar que esta amostra apresenta características muito diversas em termos de comorbilidade, sendo as principais perturbações presentes as perturbações depressivas (20%) e a SCI (19%), seguidas das enxaquecas (11%) e da SFC (10%). No entanto, devemos recordar que esta informação resulta do auto-relato das próprias pacientes em relação a outras doenças de que sofressem no momento da entrevista, partindo-se do pressuposto que estas se constituem como perturbações diagnosticadas por um médico. Ainda assim, não podemos deixar de constatar como esse auto-relato tende a reportar as perturbações depressivas como o tipo de perturbações com maior comorbilidade, não havendo qualquer referência a outras perturbações psicopatológicas, à excepção de perturbações do comportamento alimentar (apenas uma participante). A presença de perturbações do comportamento

alimentar havia já sido mencionada por alguns autores, tendo sido referida desde o primeiro estudo de Boisset-Pioro et al. (1995); nessa investigação, apesar da sua prevalência (10%) não se identificaram diferenças estatisticamente significativas para o GC.

Tabela 8. Comorbilidade de outras patologias com a FM na amostra

Enquadramento patológico	Não N (%)	Sim N (%)
Lúpus eritematoso sistémico	68 (97.1)	2 (2.9)
Artrite reumatóide	65 (92.9)	5 (7.1)
Síndrome de sjögren	66 (94.3)	4 (5.7)
Outras patologias imunológicas e músculo-esqueléticas ¹	47 (67.1)	23 (32.9)
Total com patologias imunológicas e músculo-esqueléticas	41 (58.6)	29 (41.4)
Síndrome do cólon irritável	57 (81.4)	13 (18.6)
Outras patologias gastrointestinais ²	61 (87.1)	9 (12.9)
Total com patologias gastrointestinais	51 (72.9)	19 (27.1)
Síndrome de fadiga crónica	63 (90.0)	7 (10.0)
Enxaquecas	62 (88.6)	8 (11.4)
Síndrome de pernas inquietas	69 (98.6)	1 (1.4)
Total com patologias neurológicas	55 (78.6)	15 (21.4)
Perturbações depressivas	56 (80.0)	14 (20.0)
Perturbações do comportamento alimentar	69 (98.6)	1 (1.4)
Total com perturbações psicopatológicas	55 (78.6)	15 (21.4)
Patologias endocrinológicas e metabólicas ³	63 (90.0)	7 (10.0)
Patologias respiratórias ⁴	63 (90.0)	7 (10.0)
Patologias cardiovasculares ⁵	64 (91.4)	6 (8.6)
Outras patologias ⁶	64 (91.4)	6 (8.6)
Total de comorbilidade	16 (22.9)	54 (77.1)

Nota: **1** (artrose, osteoartrose, artrite, tendinites diversas, espondilite anquilosante, sacro-ileíte, síndrome do túnel cárpico, condrocalcinose, disfunção na articulação temporo-mandibular, hérnia discal, alergias); **2** (hérnia do hiato, úlcera nervosa, esofagite de refluxo, colite espasmódica, diverticulose intestinal, gastrite crónica); **3** (diabetes, osteoporose, hipertiroidismo); **4** (rinite, sinusite, apneia do sono, asma); **5** (hipertensão arterial, aneurisma, prolapso da válvula mitral); **6** (psoríase, vitiligo, neoplasia, síndrome de ménière, anemia).

Mais recentemente, Thieme et al. (2004) identificaram uma prevalência de 2% de perturbações do comportamento alimentar nesta população, valor muito semelhante ao encontrado nesta amostra. Surpreendentemente, nenhuma das pacientes faz menção a perturbações de ansiedade, muito embora esses dados, juntamente com os da depressão, sejam aprofundados mais adiante através do confronto com a avaliação da presença clínica de ansiedade, depressão e stress. De qualquer das formas, aquilo que nos parece claro é que existe um conjunto muito diversificado de comorbilidades nesta amostra, e não necessariamente de carácter psiquiátrico. Esta perspectiva volta a ser confirmada quando procuramos perspectivar a psicopatologia nesta população com base na avaliação de três das sintomatologias dominantes no quadro da psiquiatria (ansiedade, depressão e stress).

Tabela 9. Comparação dos valores da EADS da amostra com os valores normativos

Referência do estudo	N (% mulheres)	Idade M (DP)	EADS-21			EADS-42		
			Ans M (DP)	Dep M (DP)	Str M (DP)	Ans M (DP)	Dep M (DP)	Str M (DP)
Estudo actual	70 (100)	46.50 (10.64)	5.34 (3.81)	5.20 (5.17)	9.43 (4.31)	10.69 (7.63)	10.40 (10.34)	18.86 (8.62)
Pais Ribeiro et al., 2004b (valores normativos de Portugal)	200 (81)	19.79 (1.11)				5.74 (5.45)	6.00 (6.82)	12.34 (6.56)

Nota: **Ans** (Ansiedade); **Dep** (Depressão); **Str** (Stress).

Através da análise da Tabela 9, na qual comparamos os resultados da amostra com os valores normativos decorrentes da adaptação e validação das EADS-42 para Portugal, podemos constatar que, no estudo actual, os valores de ansiedade (10.69 vs. 5.74), depressão (10.40 vs. 6.00) e stress (18.86 vs. 12.34) são superiores, sendo no caso da ansiedade e da depressão praticamente o dobro dos encontrados na amostra do estudo de Pais Ribeiro et al. (2004b). Embora nesse caso estejamos perante uma população com características que não podem, em caso algum, ser consideradas como representativas da população portuguesa, os seus resultados são um ponto de partida para a análise da condição psicopatológica da amostra em estudo; as diferenças entre as duas amostras são muito acentuadas, desde logo no que diz respeito à idade. A amostra do estudo de Pais Ribeiro et al. (2004b) tem uma média de idades de 20 anos e a do estudo actual de 47 anos, é uma amostra de conveniência constituída por estudantes de psicologia, para além de que os desvios-padrão respectivos ainda acentuam mais essas diferenças (10.64 vs. 1.11).

Da mesma forma, a amostra utilizada na adaptação das EADS-42 foi constituída por apenas 81% de mulheres, em contraste com a do estudo actual que foi exclusivamente elaborada com base em indivíduos do sexo feminino; ainda que, segundo Pais Ribeiro et al. (2004b), não se tenham encontrado diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres no estudo realizado, as diferenças de amostragem não podem deixar de ser perspectivadas na presente comparação. Apesar das diferenças contrastantes das duas amostras, verificam-se semelhanças no que diz respeito ao facto de ser a sintomatologia de stress aquela que apresenta resultados mais elevados; esses valores são praticamente o dobro dos obtidos em relação à ansiedade e depressão, tanto numa amostra como noutra, ainda que os da amostra com FM sejam resultados superiores aos da população estudantil do estudo de Pais Ribeiro et al. (2004b). Esta característica é justificada pelos autores como sendo decorrente do facto de estarmos perante uma população estudantil jovem e saudável, na qual são expectáveis valores de stress mais elevados e de depressão e ansiedade baixos; no entanto, e em função dos resultados obtidos no estudo actual repetirem o padrão de proporcionalidade entre o stress e os outros sintomas, colocamos a hipótese de isso ser consequência das próprias características do instrumento.

O quadro de definição empírica e teórica da sintomatologia de ansiedade e de depressão está bastante mais definido que o de stress, sendo as duas primeiras desde sempre consideradas como dimensões clássicas na psicopatologia tomadas como independentes, muito embora seja reconhecida uma sobreposição entre a depressão e a ansiedade do ponto de vista da saúde mental e estatístico (Pais Ribeiro et al., 2004a). Como insistem os autores, é possível que haja uma contaminação entre os três construtos, podendo as três escalas avaliar construtos que tenham características mais semelhantes que diferentes, nomeadamente os de ansiedade e stress; tal decorre da existência de uma possível linha de continuidade entre os dois. Porém, segundo Pais Ribeiro et al. (2004a), isso não põe em causa a teoria geral subjacente aos instrumentos. Independentemente disso, podemos constatar que a sintomatologia de stress é aquela que tem valores mais elevados na amostra com FM, confirmando a presença de sintomatologia de stress nesta população, consoante apontaram Raphael et al. (2004b) e Van Houdenhove e Luyten (2006); no entanto, Raphael et al. (2004b) remetem mais para uma vulnerabilidade biológica, enquadrando a FM nas perturbações de vulnerabilidade ao stress.

Por outro lado, esses elevados valores de stress permitem-nos estabelecer uma relação com aquilo que é defendido por Van Houdenhove e Egle (2004), que pretendem enquadrar a FM no quadro das perturbações de stress, em detrimento daquilo que é perspectivado por Hudson et al. (2004) que a remetem para as perturbações do espectro afectivo; Hudson et al. (2004) incluem nestas últimas uma muito maior diversidade de perturbações, praticamente todos os quadros de ansiedade (inclusive a PPST) e algumas das perturbações de humor. Esta discussão deve ser também circunstanciada pelo facto de os limites definidores das perturbações do espectro afectivo ser bastante mais vasto que o das perturbações de stress, podendo esse primeiro enquadramento ser defensável na medida em que os valores relativos à depressão e ansiedade também são bastante mais elevados que os valores normativos, mesmo que considerando as diferenças entre as amostras. Nesse sentido, a FM enquadrar-se-ia numa categorização que inclui um conjunto de perturbações onde estão presentes sintomas de stress, ansiedade e depressão, tal como acontece nesta amostra; a discussão em torno do enquadramento patológico da FM parece-nos, de certa forma, estéril, muito embora entendamos algumas das vantagens mencionadas pelos autores no que diz respeito à sua contextualização nas perturbações de stress.

Contudo, a presença de stress enquanto sintomatologia com valores médios mais elevados, em comparação com as outras duas variáveis presentes nas EADS-21, pode remeter para a perspectiva de Van Houdenhove e Luyten (2006), os quais consideram que os pacientes com FM tendem a desenvolver um estilo de vida stressante desde a juventude, procurando ir para além dos seus limites mentais e físicos e envolvendo-se em processos de exagerado auto-sacrifício; tal decorreria também do facto de o perfeccionismo ser um dos traços de personalidade mais presentes nesta população clínica. Ainda assim, de acordo com os dados da presente investigação, não é possível estabelecer uma relação causal entre os

níveis de stress e a possível existência dos factores mencionados, entre os quais o perfeccionismo, para mais discutindo-se o seu carácter estado ou traço.

Mesmo não sendo objectivo deste estudo aprofundar essa questão, devemos questionar a possibilidade de o stress existente na presente amostra ser uma condição decorrente de alguém que vive com uma doença crónica e num quadro de dor e cansaço persistentes, podendo não estar relacionado com a etiologia da própria síndrome. Segundo Van Houdenhove e Luyten (2006), que citam outros autores, isso poderia ser suscitado por: uma dificuldade em aceitar a sua condição e de ajustamento às suas limitações funcionais (Viane et al., 2003); um coping perfeccionista como a catastrofização (Edwards et al., 2006); a necessidade de ser aceite por outros significativos como sofrendo de uma doença real (Schoofs et al., 2004). De facto, muitos quadros de doença, particularmente de doença crónica, tendem a desenvolver sintomas de ansiedade, depressão ou stress em função das limitações existenciais que a doença suscita, por esse motivo uma adequada ponderação desses factores deve ser tida em conta quando pretendemos avaliar a FM, devendo ser considerada uma perspectiva longitudinal no desenvolvimento da psicopatologia, em vez do recurso a um estudo com características transversais, eventualmente até através de investigações de base qualitativa e da análise de narrativas de vidas, como fizeram Hallberg e Carlsson (1998).

Tabela 10. Grau de severidade de ansiedade, depressão e stress da amostra

Grau de severidade	Ansiedade N (%)	Depressão N (%)	Stress N (%)
Normal	25 (35.7)	40 (57.1)	24 (34.3)
Fraca	12 (17.1)	4 (5.7)	14 (20.0)
Moderada	17 (24.3)	17 (24.3)	13 (18.6)
Grave	6 (8.6)	2 (2.9)	16 (22.9)
Muito grave	10 (14.3)	7 (10.0)	3 (4.3)

Nesse sentido, e atendendo aos dados que foram avaliados na presente investigação, não podemos consubstanciar qualquer posição a esse respeito. No entanto, quando observamos a prevalência de ansiedade, depressão e stress com características clínicas nesta amostra (Tabela 10), podemos verificar que nem todas as mulheres com FM presentes na amostra têm valores de ansiedade, depressão e stress considerados patológicos, uma vez que mais de metade destas têm sintomatologia depressiva considerada normal (57%). No que diz respeito à ansiedade (36%) e ao stress (34%) verificamos o mesmo em mais de um terço dos indivíduos. Apenas uma nota para referirmos que não abordaremos nesta discussão a forma de classificação, uma vez que isso foi anteriormente feito no espaço relativo à recolha e tratamento

de dados; entendemos, ainda assim, que algumas objecções podem ser levantadas quanto a esta classificação dimensional em cinco posições, tal como a definem Pais Ribeiro et al. (2004a).

Tabela 11. Comorbilidade de ansiedade, depressão e stress

Ansiedade, depressão e stress	N (%)
Sem sintomas clinicamente significativos de nenhum	11 (15.7)
Sintomas clinicamente significativos de um deles	19 (27.1)
Sintomas clinicamente significativos de dois deles	18 (25.7)
Sintomas clinicamente significativos de três deles	22 (31.4)

Nota: Considerou-se como indivíduos com sintomas clinicamente significativos aqueles que se enquadravam nas dimensões não normais.

Independentemente disso, e em função da avaliação realizada pelas EADS-21, podemos constatar que uma grande parte dos indivíduos da amostra não apresenta nenhuma das três sintomatologias avaliadas se considerarmos o carácter clínico das mesmas. Estes dados devem, contudo, ser confrontados com os da Tabela 11, na qual são cruzados os valores clínicos das três sintomatologias. Os resultados apresentados, relativos à comorbilidade de ansiedade, depressão e stress obtidos no presente estudo, sugerem que 16% das mulheres têm sintomatologia considerada normal em termos de ansiedade, depressão e stress, 27% apresenta sintomatologia não normal de apenas um deles, 26% de dois deles e, cerca de um terço destas (31%) tem um quadro psicopatológico que sobrepõe sintomatologia ansiosa, depressiva e de stress. Contudo, devemos ter em consideração que estes resultados podem também decorrer da proximidade entre os construtos dos instrumentos, como anteriormente referimos. Ainda assim, um dos dados mais relevantes deste estudo é a ideia de que a FM apresenta características muito diversas em termos de psicopatologia, podendo ser perspectivados grupos com quadros sintomatológicos muito diferentes. Nesse sentido, a possibilidade de podermos vir a identificar determinado tipo de sintomas com esta população, em termos de psicopatologia, carece, em função dos resultados obtidos, de algo que a suporte empiricamente. cremos inclusive que isso tem sido verificado em numerosas investigações (e.g., Epstein et al., 1999; Malt et al., 2000; Thieme et al., 2004), face à diversidade de diagnósticos de psicopatologia que têm sido constatados quando esta é avaliada na FM. Por outro lado, o mesmo se pode dizer face à identificação de muitos fibromiálgicos que não apresentam comorbilidade psicopatológica, algo que também está presente nesta amostra; a literatura suporta a posição de estarmos perante um conjunto muito diverso de quadros psicopatológicos, bem como da ausência deles.

Mais recentemente, os resultados do estudo de Müller et al. (2007) parecem confirmar investigações anteriores (e.g., Giesecke et al., 2003; Thieme et al., 2004; Blasco Claros et al., 2006) que apontam para que FM não pode ser considerada uma entidade clínica única, acabando por distinguir três subgrupos de pacientes: um com nenhuma condição psiquiátrica associada e elevada sensibilidade à dor; um caracterizado pela depressão concomitantemente com a FM; outro com perturbações somatoformes de dor do tipo fibromiálgico. Muito embora diferentes investigações remetam para subgrupos com características diversas, tende a ser comum a ideia de que a existência ou não de comorbidade com perturbações psicopatológicas é uma das diferenças presentes entre os subgrupos, sendo em muitos casos extensível ao tipo de perturbação psicopatológica dominante nesse subgrupo. Como vemos, Müller et al. (2007) distinguem um subgrupo sem qualquer tipo de perturbação psiquiátrica e outro onde domina a depressão, algo para que também parecem apontar os resultados do nosso estudo. Quanto à presença de um terceiro subgrupo com a presença de perturbação somatoforme, apenas podemos referir que os resultados não nos permitem inferir quaisquer hipóteses sobre a relação entre essas variáveis. Giesecke et al. (2003), por seu lado, também haviam definido essa presença de diferentes níveis de humor em três subgrupos, um com humor considerado normal, outro com um nível moderado, e um terceiro com humor elevado; de alguma forma, a presente amostra corrobora essa formulação, tal como podemos ver na Tabela 10 e na coluna relativa à depressão, na qual é possível perceber a presença de indivíduos com diferentes níveis de depressão.

Por sua vez, Thieme et al. (2004), recorreram ao MPI para classificar três diferentes subgrupos de pacientes com FM, realçando a importância de subdividir os fibromiálgicos consoante a comorbidade psicopatológica. Estes três subgrupos psicossociais caracterizavam-se por: o *Dysfunctional* (30%) seria o com maior incapacidade e stress emocional, dominando as perturbações de ansiedade e também a sintomatologia de PPST (em sentido lato, sintomatologia de stress) – o que volta a apontar a relação mais próxima entre stress e ansiedade; o *Interpersonally Distressed* (33%) incluiria predominantemente indivíduos clinicamente deprimidos, de alguma forma também associado a dificuldades na relação com outros significativos; por fim, o *Adaptive Copers* (37%) apresentava baixos níveis de comorbidade e tendia a não ter qualquer perturbação do Eixo I. Em função disto percebemos que num dos subgrupos domina a sintomatologia de stress e ansiedade, em outro a depressão e em outro uma tendência para a inexistência de ambas. De acordo com os resultados obtidos, vemos de alguma forma confirmada esta ideia. Salientamos também algo que é insistentemente referido na literatura, a possibilidade de se subdividir o diagnóstico de FM em diferentes subgrupos consoante os níveis de ansiedade e depressão presentes (e.g., Barcellos de Souza et al., 2008) ou a saúde mental em geral (e.g., Oswald et al., 2008); os resultados desta investigação indicam também a existência de um conjunto muito diversificado de condições de saúde. Se existem diferenças no estado de saúde subjectivo entre estas condições é uma outra questão, mas pelo

menos no que diz respeito à sintomatologia de ansiedade, de pressão e stress constatamos também a heterogeneidade presente na amostra.

Uma outra perspectiva de análise dos dados da Tabela 10 remete-nos para o facto de a depressão ser a sintomatologia clinicamente menos presente, pois 57% dos indivíduos têm sintomas considerados normais, face aos 36% na ansiedade e 34% no stress; a forte presença de sintomas de ansiedade (e.g., Raphael et al., 2006) e de stress (e.g., Houdenhove & Luyten, 2006) nesta população tem sido acentuada por diversos autores, muito embora ambos considerem que a depressão pode desempenhar um papel central em todo o processo. Por outro lado, essa menor presença de depressão em relação a stress e ansiedade volta a acontecer quando consideramos os mais elevados graus de severidade desta (apenas 13% das mulheres tem uma severidade grave ou muito grave, face aos 23% de ansiedade e 27% de stress). Uma questão importante é que estes dados podem ser tomados como contrários ao auto-relato de diagnósticos de perturbações depressivas na amostra, mencionados por 20% das pacientes; entendemos, todavia, que estamos a tratar de diferentes critérios de classificação e de abordagem de uma mesma temática, uma vez que na Tabela 10 estamos a questionar a presença de sintomas depressivos, e um diagnóstico de perturbação depressiva tem uma perspectiva compreensiva bastante mais vasta que inclui um conjunto muito mais abrangente de critérios.

No entanto, quando comparamos diferentes estudos torna-se difícil distinguir entre a prevalência de depressão e de perturbações de humor, motivo pelo qual muitas vezes se tomam realidades diferentes por um e mesmo construto. Na presente investigação procurámos diferenciá-los, ainda que entendamos que nem sempre isso seja possível quando confrontamos os dados deste estudo com os resultados outras investigações (e.g., Thieme et al., 2004). No entanto, face à questão em análise, relativa à prevalência de sintomas de depressão ou de perturbação depressiva, entendemos que devemos dar prioridade aos dados de auto-relato de diagnóstico de perturbação depressiva e que remetem para 20% nesta amostra; este critério, ainda que se possam levantar objecções aos auto-relatos, parece-nos mais fidedigno em relação à existência de depressão na amostra, uma vez que um indivíduo pode ter uma sintomatologia fraca, e até mesmo moderada, e não cumprir critérios de perturbação depressiva, isto considerando que tendo uma sintomatologia grave ou muito grave já será mais difícil de tal acontecer, mas não necessariamente impossível. Simultaneamente, a maioria dos resultados da revisão de literatura apontam para valores semelhantes: Kirmayer et al. (1998) indicam uma prevalência de 20% de perturbações de humor na FM; Epstein et al., em 1999, haviam obtido resultados de 22% de diagnósticos actuais de PDM, ainda que 68% de historial; Thieme et al. (2004) detectaram, em 115 mulheres alemãs com FM, 35% de perturbações de humor; Arnold et al. (2004) confirmaram, em 78 pacientes com FM, uma prevalência de aproximadamente 30% de depressão clínica; e, segundo Pae et al. (2008), vários estudos relatam uma prevalência entre 22% e 90% de depressão na FM.

Contudo, e se tivermos presente que o diagnóstico médico relatado que tem maior comorbilidade na presente amostra são as perturbações depressivas (20%), podemos perceber que a depressão pode desempenhar um importante papel na FM. De acordo com Buskila e Cohen (2007), existe um elevado grau de sobreposição psicológica e fisiológica entre os sintomas da FM e da depressão, pelo que especulam sobre uma possível patofisiologia semelhante: *“It is not unconceivable that the ‘emotional pain’ may be transmuted or converted into physical pain, especially because physical symptoms are socioculturally more acceptable than mental and emotional symptoms”* (p. 336). Porém, duas questões se podem levantar face a esta posição: Será que a FM tem a aceitação sociocultural mencionada pelos autores? Nos pacientes em que não é possível detectar a ocorrência de acontecimentos traumáticos como explicar o surgimento dos sintomas de FM? E uma terceira se coloca levantada por eles próprios: Porque é que uns pacientes desenvolvem FM e outros PPST após a experiência de acontecimentos traumáticos? Em toda esta problemática não podemos deixar de considerar a heterogeneidade de condições associadas à FM; e na análise das diversas comorbilidades psiquiátricas não pode deixar de ser ponderada a existência de diferentes critérios de avaliação e de classificação da depressão ou de outras perturbações.

A título de exemplo, constatamos que, se tomássemos como critério a identificação de sintomatologia grave e muito grave para classificar como clinicamente significativa a mesma, já que restringindo apenas ao normal e não normal nos parece critério demasiado restrito de análise desta questão, cerca de 13% dos indivíduos teriam sintomas graves de depressão, 23% de ansiedade e 27% de stress; e isto pode eventualmente ser algo mais próximo da realidade desta população, para mais se tomarmos em linha de conta que quase todos os estudos recorrem a amostras dos cuidados de saúde secundários ou terciários, amostras essas que, de acordo com a literatura, têm uma maior procura de cuidados de saúde (e.g., Alexander et al., 1998), e que as mesmas podem não ser representativas da FM (Raphael et al., 2001). O facto de podermos estar perante valores menores de ansiedade, depressão e stress na amostra, quando comparado com a literatura, remete para a hipótese de isso estar relacionado com o tipo de amostragem utilizado, e com a opção por uma amostra comunitária em detrimento de outra dos cuidados de saúde secundários ou terciários. Mesmo que todas estas questões nos pareçam passíveis de discussão, o que nos parece perfeitamente claro através da análise dos diversos resultados é a heterogeneidade da amostra no que diz respeito à sua possível psicopatologia. A forma como ela se associa ou não à QDV destes pacientes é um outro ponto susceptível de discussão e que abordaremos mais adiante.

Apesar de tudo o acima exposto, e à semelhança de Thieme et al. (2004), consideramos que os resultados obtidos não suportam a hipótese de alguma perturbação psicopatológica estar directamente associada à FM, e que qualquer possível relação que exista entre a psicopatologia e a FM pode ser mediada por outras variáveis, nomeadamente a anterior história de vida, o coping ou o suporte social, variáveis que não foram avaliadas na nossa investigação. A este propósito, Henningsen et al. (2003) vão ainda mais

longe, afirmando que o tratamento da FM como uma perturbação mental não é adequada. Na revisão realizada, os autores confirmam que a depressão e a ansiedade tendem a estar presentes na FM, muito embora isso não seja uma condição universal; daí que insistam na ideia de que esta síndrome pode estar relacionada com a ansiedade e a depressão, mas não está totalmente dependente das mesmas. A existência de numerosos casos onde não há comorbilidade psiquiátrica com a FM justificam esta posição; os resultados da presente investigação suportam também esta posição.

Contudo, a presença de um número considerável de casos onde existe essa comorbilidade continua a levantar questões em relação à forma como ela se processa. Quartilho (2004) aborda esta questão apresentando diversas hipóteses explicativas: uma possibilidade que lhe parece demasiado simplista de haver uma relação isomórfica entre dor e incapacidade, em que a dor seria a causa da incapacidade e esta acabaria por gerar um mal-estar emocional; a hipótese da incapacidade ser uma consequência primária de aspectos psicológicos mais que da dor, mas que levanta objecções uma vez que, segundo ele, não foram estabelecidas relações causais directas entre psicopatologia e incapacidade; e uma terceira conjectura que refere que “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, cit. em Quartilho, 2004, p. 115). Neste sentido, também nós entendemos que a avaliação da perspectiva individual do paciente, em particular de determinados factores psicossociais, é essencial tendo em vista uma compreensão da forma como se processa a relação entre FM e perturbações psiquiátricas; futuras investigações podem caminhar nessa direcção.

3. ESTADO DE SAÚDE

Os resultados obtidos no SF-36v2 e apresentados na Tabela 12 parecem confirmar que, de entre todas as dimensões do estado de saúde, as mais afectadas são: a dor corporal (31.29), que avalia não apenas a intensidade e o desconforto causados pela dor, como também de que modo é que esta interfere com o trabalho normal; e a vitalidade (28.13). Estes resultados são congruentes com o quadro sintomatológico definidor da FM, particularmente a primeira, que se constitui como base para um dos critérios que vigora no diagnóstico da FM (Wolfe et al., 1990); a fadiga é também um dos critérios auxiliares mais considerados neste diagnóstico, correspondendo, de alguma forma, ao construto de vitalidade do SF-36v2 e que avalia os níveis de energia e de fadiga. Estes resultados confirmam também aquilo que Hoffman e Dukes (2008) constataram na revisão de literatura realizada; o mesmo acontece com as conclusões de Schlenk et al. (1998) no estudo comparativo que efectuaram. Por outro lado, a função social (50.89), que tende a ser, de acordo com Schlenk et al. (1998), outra das dimensões mais

afectadas na avaliação do estado de saúde na FM, a par da dor corporal e da vitalidade, não se encontra particularmente afectada nesta amostra; isso pode decorrer do tipo de amostra escolhida, uma vez que uma amostragem por bola de neve pode produzir uma sobre-representação de indivíduos com um maior número de contactos sociais, e uma menor inclusão daqueles cujo funcionamento social é menos activo (Johnston & Sabin, 2010), o que pode implicar um enviesamento dos resultados obtidos.

Contudo, quando comparamos com os resultados de outros estudos (Tabela 13) presentes na revisão de Hoffman e Dukes (2008), verificamos que alguns dos valores relativos à dimensão que capta a quantidade e a qualidade das actividades sociais, e o impacto dos problemas físicos e emocionais nestas actividades, são bastante próximos dos desta amostra, havendo mesmo várias investigações que têm resultados superiores com técnicas de amostragem diferentes (e.g., Arnold et al., 2004 – 58.3); por esse motivo não nos parece que possa ser confirmada a ideia de existir um enviesamento de amostragem. Por outro lado, por estarmos perante uma amostra que não teve origem nos cuidados de saúde terciários, nos quais tende a existir uma maior procura de cuidados de saúde associada também a dificuldades de relacionamento social, podemos extrapolar sobre a possibilidade de estarmos a aceder a uma parte da população com FM que não é habitualmente estudada, decorrendo daí que os valores relativos à função social estejam menos afectados do que aquilo que seria previsível segundo Schlenk et al. (1998).

Neste sentido, revela-se interessante constatar que a função social (50.89) está entre as dimensões menos afectadas no estado de saúde, a par do desempenho emocional (55.83) e da saúde mental (52.86), todas elas relacionadas com a componente mental, o que parece ter reflexos nos resultados obtidos quando comparamos a componente mental (46.93) com a componente física (38.76). Os valores mais deficitários da componente física ainda se tornam mais relevantes em comparação com os da mental quando verificamos que a dimensão mais afectada do estado de saúde é a vitalidade, dimensão integrante da componente mental. Constatamos assim que a componente física é mais deficitária nesta população, e, muito embora isso aconteça em todos os estudos das Tabelas 12 e 13, verificamos que nas amostras com FM as diferenças são mais acentuadas do que nos resultados obtidos por Ferreira e Santana (2003) para a população portuguesa, estando a componente física bastante mais deficitária no estudo actual.

De facto, uma das dimensões mais importantes da componente mental do estado de saúde, a saúde mental, que inclui os conceitos de ansiedade, de depressão, de perda de controlo comportamental ou emocional, e de bem-estar psicológico, é aquela que apresenta valores mais elevados no estudo actual, reforçando a ideia de que a FM não tem de estar associada a um quadro de saúde mental deficitário e à necessária presença de psicopatologia. Estes dados ainda se tornam mais relevantes quando comparamos os valores da amostra com os resultados obtidos na validação do SF-36v2 para Portugal (Tabela 12), uma vez que constatamos que, entre todas as dimensões do estado de saúde, aquela que apresenta resultados mais próximos entre a actual investigação e o estudo de Ferreira e Santana (2003) é a saúde mental

(52.86 vs. 59.31, respectivamente). O mesmo acontece quando observamos os resultados dispostos na Tabela 13, uma vez que todos os estudos de populações com FM presentes têm como dimensão menos afectada a saúde mental (8 dos 11 estudos), ou outra dimensão associada à componente mental do estado de saúde (3 dos 11).

Uma das diferenças mais contrastantes entre os resultados do estudo actual e os de algumas das investigações consideradas na revisão de Hoffman e Dukes (2008) é a diferença nos valores relativos à dimensão desempenho físico, e que mede o impacto das limitações de saúde devidas a problemas físicos no tipo e quantidade do trabalho realizado, na necessidade de reduzir o trabalho ou na dificuldade em o realizar. A discussão em torno desta temática tem-se arrastado, uma vez que, apesar de haver uma tendência geral em relação aos resultados dos estudos para um grave comprometimento do desempenho físico, várias investigações o desmentem apresentando-se diversas razões para tal, entre elas a questão de estarmos perante uma escala de auto-relato que depende de um conjunto muito diverso de factores que podem influenciar essa avaliação; nenhuma conclusão se chegou a esse respeito, muito embora Hidding et al. (1994) tenham detectado diferenças entre o auto-relato e testes de desempenho específico, mas isso acontecesse na FM e também no GC.

De qualquer das formas, uma das melhores maneiras de não se associar um significativo comprometimento do desempenho físico à FM, em muitos casos com valores próximos dos da dor corporal e da vitalidade, tem sido o aparecimento de estudos que apresentam resultados bastante superiores nessa subescala e que contrariam essa ideia, eventualmente avaliando uma parte dessa população que tende a não ser considerada; isso voltou a acontecer em termos de resultados com a presente investigação, e possivelmente também em relação à inclusão de indivíduos que tendem a não ser incluídos em outras amostras. De facto, todos os estudos considerados na Tabela 13 apresentam resultados de desempenho físico que variam entre 8.8 (Walker et al., 1997a) e 23.1 (Valim et al., 2003), e a actual investigação tem valores bastante superiores (41.43), praticamente o dobro do estudo de Valim et al. (2003).

Ainda assim, outros estudos que fazem parte da revisão de Hoffman e Dukes (2008), mas que não foram incluídos na Tabela 13 por terem uma amostra constituída por menos de 35 indivíduos, apresentam resultados semelhantes aos da investigação actual (Tüzün et al., 2004 – 39.1; Martinez et al., 2001 – 39.4; Faull, 2005 – 44.6), o que permite excluir possíveis erros no tratamento de dados como origem para essas diferenças; a esse respeito invocamos também os resultados de Schlenk et al. (1998) nessa mesma subescala (38.89), bastante próximos dos resultados desta investigação. As características da amostra do estudo actual podem estar na origem das diferenças acima referidas, considerando que estamos perante uma amostra comunitária em contraste com os outros estudos onde abundam as amostras de cuidados de saúde secundários e terciários (quase todos eles), a que acresce o facto de mais

de metade das mulheres desta investigação (57%) estarem a desenvolver uma profissão de forma activa; nos estudos onde isso é claramente indicado constatamos que a percentagem de indivíduos com actividade profissional é menor (e.g., Neumann et al., 2000 – 29%; Buskila et al., 2000 – 45%). Face a isso, podemos sugerir que, apesar destas mulheres apresentarem valores semelhantes a outros estudos em quase todas as outras dimensões do estado de saúde, e isso ser particularmente notório na sintomatologia associada à FM (dor corporal e vitalidade), o facto de estarem a desenvolver uma actividade profissional faz com que tenham a percepção de que o seu desempenho físico está menos afectado; isso pode também eventualmente indicar que o facto de se estar activo em termos profissionais pode ser um factor importante na forma como os pacientes percebem o seu desempenho físico.

A discussão em torno da influência do trabalho remunerado no estado de saúde de mulheres com FM tem sido, por isso mesmo, tema de investigação, tal como aponta o estudo de Reisine et al. (2004); os resultados confirmaram estudos comunitários que referiam que as mulheres empregadas relatam uma melhor QDV em termos da componente física da mesma. Este resultado é também sugerido pela presente investigação, nomeadamente no que diz respeito a duas das principais dimensões dessa componente do estado de saúde, o desempenho e a função físicos. De facto, a ideia de que os problemas físicos desta amostra estão menos afectados do que em outros estudos, nomeadamente os referidos na revisão que tomamos como termo de comparação, tende a ser confirmada pelos resultados da subescala função física (49.21) que se destina a medir o impacto no estado de saúde das limitações físicas, sejam elas em situações como tomar banho ou vestir-se sozinho/a, praticar desportos mais exigentes fisicamente ou mesmo carregar os sacos das compras, ajoelhar-se ou andar uma determinada distância; apenas o estudo de Valim et al. (2003) apresenta resultados superiores (55.0) e a grande maioria deles tem valores bastante inferiores que tendem a variar entre os 33 e os 40.

Contudo, mesmo que tendendo para valores superiores aos de outros estudos em termos da componente física do estado de saúde, uma vez que apenas o estudo de Valim et al. (2003) tem resultados superiores na mesma, a presente investigação apresenta resultados semelhantes no que diz respeito à componente mental e que, como já dissemos no que à dimensão da saúde mental diz respeito, bastante próximos dos valores normativos para a população portuguesa. Surpreendentemente, Reisine et al. (2004) também apontavam para essa possibilidade em mulheres com FM que mantinham uma ocupação profissional; os autores constataram que nesse caso as mulheres com FM não eram muito diferentes do GC de indivíduos saudáveis, tendo o emprego pouco efeito na componente mental da QDV e que isso se fazia sentir apenas numa melhoria da componente física, ainda que esta se situe bastante abaixo dos valores da componente mental.

Tabela 12. Comparação dos valores do SF-36v2 da amostra com os valores normativos

Referência do estudo	N (% mulheres)	Idade M (DP)	FF M (DP)	DF M (DP)	DC M (DP)	SG M (DP)	VT M (DP)	FS M (DP)	DE M (DP)	SM M (DP)	CF M	CM M
Estudo actual	70 (100)	46.50 (10.64)	49.21 (20.42)	41.43 (17.43)	31.29 (14.78)	33.11 (17.10)	28.13 (16.88)	50.89 (21.84)	55.83 (24.09)	52.86 (20.97)	38.76	46.93
Ferreira & Santana, 2003 (valores normativos de Portugal)	1429 (100)	-	70.25 (27.98)	68.74 (25.46)	56.33 (24.82)	51.57 (19.28)	50.84 (22.04)	71.62 (23.83)	70.80 (24.97)	59.31 (22.74)	61.72	63.14

Nota: **FF** (Função Física); **DF** (Desempenho Físico); **DC** (Dor Corporal); **SG** (Saúde em Geral); **VT** (Vitalidade); **FS** (Função Social); **DE** (Desempenho Emocional); **SM** (Saúde Mental); **CF** (Componente Física); **CM** (Componente Mental). Os valores da componente física e mental foram calculados para cada estudo através da média aritmética dos factores que Ferreira e Santana (2003) consideram como constituintes de cada um deles (ver procedimentos de tratamento de dados).

Tabela 13. Comparação dos valores do SF-36v2 da amostra com estudos anteriores

Referência do estudo	N (% mulheres)	Idade M (DP)	FF M	DF M	DC M	SG M	VT M	FS M	DE M	SM M	CF M	CM M
Estudo actual	70 (100)	46.50 (10.64)	49.21	41.43	31.29	33.11	28.13	50.89	55.83	52.86	38.76	46.93
Oliveira et al., 2009 (Portugal)	25 (88)	48.48 (7.90)	33.60	31.00	21.16	28.80	23.75	44.50	50.33	35.80	28.64	38.60
Estudos transversais (Hoffman & Dukes, 2008)												
Pagano et al., 2004 (Brasil)	40 (100)	49.4 (6.0)	33.0	9.38	30.2	45.7	33.1	44.0	30.8	45.6	29.57	38.38
Walker et al., 1997a (EUA)	36 (100)	47.4 (12.9)	33.5	8.8	37.5	54.4	22.9	36.7	34.3	56.2	33.55	37.53
Neumann et al., 2000 (Israel)	90 (100)	48 (10)	34	18	26	38	42	45	59	51	29.00	49.25
DaCosta et al., 2000 (Canadá)	46 (100)	46.13 (9.4)	46.7	16.3	32.7	39.1	29.9	53.5	52.9	59.2	33.70	48.88
Buskila et al., 2000 (Israel)	40 (100)	46.0 (10.0)	33.6	11.3	27.9	32.6	39.8	37.2	60.8	50.4	26.35	47.05
Estudos longitudinais - resultados na 1ª avaliação (Hoffman & Dukes, 2008)												
Arnold et al., 2004 (EUA)	207 (89)	49.1	45.5	17.0	31.9	50.4	23.8	58.3	59.1	63.7	36.20	51.23
Bennett et al., 2005 (EUA)	315 (94)	50.0	38.5	11.5	28.0	46.5	20.0	49.5	42.0	59.5	31.13	42.75
Crofford et al., 2005 (EUA)	529 (90)	47.6	40.8	15.4	27.8	47.7	20.5	49.2	46.4	58.9	32.93	43.75
Neumann et al., 2001 (Israel)	48 (100)	54.45	34	19	19	27	39	42	48	51	24.75	45.00
Valim et al., 2003 (Brasil)	76 (100)	46.8	55.0	23.1	34.9	49.8	31.4	52.2	39.8	43.0	40.70	41.60
Vitorino et al., 2006 (Brasil)	50 (100)	47.7	35.5	16.7	19.7	34.6	29.6	38.5	15.0	40.4	26.63	30.88

Nota: **FF** (Função Física); **DF** (Desempenho Físico); **DC** (Dor Corporal); **SG** (Saúde em Geral); **VT** (Vitalidade); **FS** (Função Social); **DE** (Desempenho Emocional); **SM** (Saúde Mental); **CF** (Componente Física); **CM** (Componente Mental). Foram considerados todos os estudos presentes no artigo de revisão de Hoffman e Dukes (2008) que tinham mais de 35 indivíduos na amostra, sendo a formatação dos valores a mesma que foi utilizada. Os valores da componente física e mental foram calculados para cada estudo através da média aritmética dos factores que Ferreira e Santana (2003) consideram como constituintes de cada um deles (ver procedimentos de tratamento de dados).

Esta ideia de que é a componente física do estado de saúde aquela que está bastante mais deficitária, é reforçada pelos resultados da dimensão desempenho emocional, na qual é avaliado o impacto das limitações de saúde devidas a problemas emocionais nas mesmas questões que o desempenho físico; colocando os dois desempenhos em relação constatamos o carácter bastante mais deteriorado do desempenho físico. Simultaneamente, o desempenho emocional é a dimensão que apresenta os resultados mais elevados em todo o instrumento, voltando a acentuar a ideia de que o que é expresso pelos pacientes como afectando o seu estado de saúde decorre mais de uma percepção de problemas físicos do que emocionais; mesmo que isso possa não corresponder à verdade da ciência médica de acordo com alguns autores que destacam mais os aspectos psicológicos em detrimento das alterações orgânicas, o que nos parece claro é que corresponde à verdade da percepção dos pacientes com FM.

Sob essa perspectiva, torna-se essencial referir que a verdade da percepção dos pacientes que fazem parte deste estudo não é muito diferente da de anteriores investigações com população fibromiálgica, em particular o estudo recentemente levado a cabo por Oliveira et al. (2009), em Portugal, e apresentada na Tabela 13: as duas subescalas mais comprometidas são a dor corporal e a vitalidade, congruentemente com os critérios de diagnóstico; a seguir a essas vêm, por ordem decrescente de comprometimento, a saúde em geral, o desempenho físico e a função física; o desempenho emocional é a dimensão menos deteriorada; a componente física do estado de saúde está mais deteriorada do que a mental. Apesar dessas semelhanças entre os dois estudos, existem duas diferenças claras entre os mesmos: em Oliveira et al. (2009), a saúde mental (35.80) encontra-se bastante mais deficitária que na presente investigação (52.86) e, regra geral, os valores de todas as subescalas desse estudo são menores em, pelo menos, 4 pontos percentuais; o mesmo acontece em relação às componentes físicas e mentais da saúde. Vários factores podem justificar essas diferenças, nomeadamente o tipo de amostragem, a idade e a percentagem de mulheres em cada uma das investigações. Em relação ao tipo de amostragem, constatamos que Oliveira et al. (2009) recorreram a uma amostra dos cuidados de saúde secundários que, tendencialmente, apresentam uma maior comprometimento do seu estado de saúde (Schlenk et al., 1998), ao contrário das amostras comunitárias como a utilizada neste estudo.

Muito embora os autores acima referidos tenham definido como critérios de exclusão a existência de perturbações cognitivas ou psiquiátricas, isso pode não ter sido impeditivo de que a saúde mental destas mulheres se apresentasse mais afectada quando comparada com a amostra actual. Outra hipótese explicativa é o facto de estarmos perante uma amostra de 88% de mulheres face a uma de 100% da presente investigação e, de acordo com Buskila et al. (2000), o estado de saúde dos homens com FM tender a estar mais deteriorado do que o das mulheres; a invocação de

uma idade mais avançada na amostra de Oliveira et al. (2009) poderia também justificar as diferenças de comprometimento, mas esta questão é discutível de acordo com a literatura pois uma idade mais avançada nem sempre corresponde a um agravamento da sintomatologia; por outro lado, apesar da idade média ser menor na investigação de Oliveira et al. (2009), o desvio-padrão na presente investigação é também maior, pelo que entendemos que as diferenças existentes entre as duas amostras podem remeter mais para o tipo de amostragem usado e a percentagem de homens da amostra.

Para concluir uma apreciação às diversas subescalas do SF-36v2, podemos afirmar que a condição de saúde geral das mulheres presentes nesta amostra não é substancialmente diferente dos resultados de quase todos os outros estudos, tal como pode ser verificado através de uma análise da dimensão saúde em geral (Tabela 13). Esta dimensão (33.11), referente à percepção holística da saúde, e englobando a saúde actual, a resistência à doença e o aspecto saudável, apesar de inferior à da maioria dos outros estudos, tem pelo menos três outras investigações com resultados próximos (Buskilla et al., 2000 – 32.6; Neumann et al., 2001 – 27; Vitorino et al., 2006 – 34.6), mas que são bastante inferiores aos valores normativos para a população portuguesa e indicados no estudo de Ferreira e Santana (2003); um dado nos parece inequivocamente verdadeiro, o estado de saúde das mulheres com FM é bastante mais deficitário do que aquele que é a norma para uma amostra representativa das mulheres portuguesas com idades compreendidas entre os 18 e os 64 anos, e isso deve ter implicações nos processos de tratamento.

Na medida em que não está estabelecida uma cura para a FM e esta é considerada uma doença crónica, o tratamento deve focar-se no alívio da dor e no aumento da funcionalidade dos pacientes. Uma compreensão abrangente do estado de saúde que inclua uma análise do comprometimento físico, mental e social dos fibromiálgicos surge assim como um passo fundamental na melhoria da sua QDV; os dados desta investigação reforçam essa necessidade, tal como já o haviam comprovado todos os estudos anteriores relativos ao estado de saúde dos fibromiálgicos. Praticamente todos os estudos têm demonstrado o elevado grau de comprometimento destes pacientes, pelo que, muitas das objecções que se colocam em relação à FM têm sido desmentidas pela investigação relativa ao estado de saúde destes pacientes que, regra geral, tende a ser inferior a todas as populações clínicas com as quais tem sido comparada, particularmente quando confrontada com outras condições reumatológicas e de dor crónica.

Contudo, várias dúvidas se continuam a levantar em relação aos estudos que partem de questionários de auto-relato, centrando-se na percepção subjectiva do paciente. A esse respeito, Raphael (1987) vem apresentando, há várias décadas, algumas das críticas mais prementes, com a formulação de propostas tendentes a diminuir aquilo que muitos autores definem como um

enviesamento de resposta e de memória presentes nestes pacientes como forma, mesmo que nem sempre consciente, de garantir cuidados e assistência médica. Contudo, não deve cada vez mais a investigação aceder à percepção subjectiva dos próprios pacientes? Não são as abordagens qualitativas, tão reclamadas, exemplo disso? Neste sentido, importa identificar a possibilidade de enviesamentos através do contraste com informação médica previamente existente. No entanto, uma das características que esses enviesamentos nos podem permitir identificar nos pacientes fibromiálgicos é a possível existência de uma percepção distorcida da evolução da sua condição de saúde com a assumpção do papel de doente (algo que pode também estar intimamente relacionado com uma dramatização da existência associada a traços perfeccionistas). Muito embora a discussão continue em aberto, entendemos que os resultados da presente investigação voltam a acentuar o grave comprometimento da saúde destes pacientes, mesmo que os dados que apresentamos também permitam perspectivar a existência de amostras onde determinadas dimensões do estado de saúde se podem encontrar menos deterioradas que em anteriores investigações (e.g., o desempenho físico e a saúde mental).

4. RELAÇÃO ENTRE ACONTECIMENTOS DE VIDA NEGATIVOS, PSICOPATOLOGIA E ESTADO DE SAÚDE

Em função de tudo o que foi anteriormente mencionado, é perfeitamente natural que um dos objectivos da presente investigação seja o de constatar em que medida a frequência e o impacto de AVN podem estar relacionados com a saúde das mulheres com FM presentes na amostra, seja ela encarada em termos da saúde mental avaliada pelas EADS-21, ou nas várias dimensões e componentes do estado de saúde do SF-36v2. De acordo com a Tabela 14, podemos verificar que existem correlações significativas e positivas entre os índices totais do IAV_N e a escala de depressão das EADS-21; constata-se também que esses mesmos índices se relacionam significativamente com duas das subescalas do SF-36v2 (desempenho emocional e saúde mental), e com a componente mental conjunta (nestes casos as associações são negativas, uma vez que, contrariamente aos outros instrumentos usados, no SF-36v2 os resultados mais elevados representam um melhor funcionamento).

Contudo, mais nenhuma correlação significativa ocorre quando colocamos em relação os resultados do IAV_N e os dos restantes instrumentos. Analisando mais aprofundadamente estes dados, constatamos que, de entre as três sintomatologias estudadas através das EADS-21, ansiedade, depressão e stress, apenas a depressão está relacionada significativamente com os diversos índices do IAV_N; no caso do IGA e do ISA isso ocorre de forma muito significativa e com uma magnitude moderada segundo os critérios de Cohen (1988), $r(68)=.37$ e $r(68)=.35$, $p<.01$, enquanto em relação ao

IPA isso acontece com uma correlação menos significativa e com uma magnitude inferior, $r(68)=.30$, $p<.05$.

Tabela 14. Matriz de correlações entre valores do IAV_N e os dos restantes instrumentos (EADS-21 e SF-36v2)

IAV_N	EADS-21			SF-36v2									
	Ans	Dep	Str	FF	DF	DC	SG	VT	FS	DE	SM	CF	CM
IGA	.16	.37**	.13	-.14	-.15	-.05	-.14	-.07	-.08	-.39**	-.27*	-.16	-.28*
IPA	.08	.30*	.13	-.10	-.13	-.04	-.07	-.04	-.08	-.37**	-.18	-.12	-.24*
ISA	.21	.35**	.11	-.19	-.10	-.00	-.14	-.02	-.02	-.32**	-.29*	-.15	-.21

Nota: **IGA** (Índice Global de AVN); **IPA** (Índice de Presença de AVN); **ISA** (Índice de Severidade de AVN); **Ans** (Ansiedade); **Dep** (Depressão); **Str** (Stress); **FF** (Função Física); **DF** (Desempenho Físico); **DC** (Dor Corporal); **SG** (Saúde em Geral); **VT** (Vitalidade); **FS** (Função Social); **DE** (Desempenho Emocional); **SM** (Saúde Mental); **CF** (Componente Física); **CM** (Componente Mental); * Correlações significativas para $p<.05$ | ** Correlações significativas para $p<.01$.

Neste sentido, e na medida em que o IPA não pondera no seu cálculo o impacto mas apenas a frequência de ocorrência dos AVN, isso sugere a necessidade de o impacto ser considerado como uma variável importante quando se estuda os AVN e a sua relação com o estado de saúde dos indivíduos, pelo menos que diz respeito à sua saúde mental; já anteriormente Aaron et al. (1997) haviam acentuado a possibilidade de existir uma associação estatisticamente significativa entre o trauma emocional e a condição destes pacientes, independentemente das características do trauma físico e do abuso físico e sexual. Os dados da presente investigação também tendem a apontar para uma relação entre determinados acontecimentos e o impacto psicológico destes no indivíduo, impacto esse que estaria associado de alguma forma a uma expressão depressiva do mesmo.

A falta de instrumentos adequados que avaliem os AVN na saúde em geral, e na FM em particular, foi formulado por alguns autores (e.g., Anderberg et al., 2000), tendo conduzido à construção de questionários específicos para cada estudo e que não foram anteriormente validados; isso revela-se uma limitação em muitas investigações. Por outro lado, o que os dados da presente investigação parecem apontar é a relevância de se considerar nesses instrumentos, não apenas a frequência dos AVN, mas também o seu impacto. Esta possibilidade ainda se torna mais relevante quando verificamos que a correlação entre os diversos índices do IAV_N e a dimensão de saúde mental do SF-36v2 apresenta resultados semelhantes; apenas o IGA e o ISA têm correlações significativas com a saúde mental, ainda que baixas, $r(68)=-.27$ e $r(68)=-.29$, $p<.05$, e o IPA não tem qualquer correlação estatisticamente significativa com esta.

Se considerarmos que, de acordo com a matriz de correlações da Tabela 15, existe uma associação negativa muitíssimo significativa e com uma magnitude muito elevada (Cohen, 1988) , $r(68)=-.72$, $p<.001$, entre a escala de depressão das EADS-21 e a dimensão saúde mental do SF-36v2, acabamos por reforçar a importância que pode ter a relação entre a severidade de AVN, na qual se

pondera a frequência e o impacto desses acontecimentos, e a saúde mental, em particular os sintomas de depressão; estes dados anteriores devem tomar como referência que, segundo Reynolds (2000), na sua maioria, os coeficientes de correlação iguais ou superiores a .70 representam relações entre perturbações fenomenologicamente similares, ou em que a comorbilidade é elevada, e o valor de -.72 indicia que as conceptualizações teóricas subjacentes a esses dados são muito semelhantes em termos de construtos.

Tabela 15. Matriz de correlações entre os valores da EADS-21 e os do SF-36v2

EADS-21	SF-36v2									
	FF	DF	DC	SG	VT	FS	DE	SM	CF	CM
Ansiedade	-.23	-.20	-.36**	-.32**	-.37**	-.29*	-.43***	-.53***	-.36**	-.54***
Depressão	-.24*	-.29*	-.10	-.39**	-.45***	-.39**	-.67***	-.72***	-.35**	-.74***
Stress	-.18	-.32**	-.31**	-.26*	-.37**	-.46***	-.49***	-.65***	-.35**	-.66***

Nota: **FF** (Função Física); **DF** (Desempenho Físico); **DC** (Dor Corporal); **SG** (Saúde em Geral); **VT** (Vitalidade); **FS** (Função Social); **DE** (Desempenho Emocional); **SM** (Saúde Mental); **CF** (Componente Física); **CM** (Componente Mental); * Correlações significativas para $p < .05$ | ** Correlações significativas para $p < .01$ | *** Correlações significativas para $p < .001$.

Na Tabela 15 encontramos ainda um outro valor com magnitude superior a .70, o que aponta para a mesma conclusão: existe uma associação negativa muitíssimo significativa e com magnitude ainda mais elevada que no caso anterior, $r(68) = -.74$, $p < .001$, entre a escala de depressão das EADS-21 e a componente mental do SF-36v2. Este paralelo em termos de construção fenomenológica dos dados dos instrumentos parece-nos, inclusive, que só reforça esta relação entre a saúde mental, em particular a depressão, e os AVN na FM, pelo menos nesta amostra. No entanto, esta relação entre as EADS-21 e o SF-36v2 será aprofundada mais adiante, sendo agora apenas explicitada no sentido de fortalecer a possibilidade de associação entre a severidade dos AVN e a depressão no quadro da FM, o que não acontece com a ansiedade e o stress tal como são perspectivados nas EADS-21.

Assim, e retomando a matriz de correlações entre o IAV_N e as restantes variáveis estudadas (Tabela 14), podemos ainda observar que, em termos gerais, são as dimensões do SF-36v2 respeitantes a duas das dimensões do estado de saúde incluídas na componente mental (desempenho emocional e saúde mental), bem como essa mesma componente, aquelas que estão significativamente associadas aos diversos índices do IAV_N. Por outro lado, constata-se que dois dos sintomas mais presentes na FM, a dor corporal e a fadiga, não apresentam qualquer relação estatisticamente significativa com os AVN, o que nos remete para uma posição assumida por autores como Quartilho (1999), segundo a qual, em determinado momento da evolução da FM, os sintomas “ganham autonomia clínica e ‘esquecem’ os respectivos antecedentes biográficos” (p. 407). Também os resultados desta

investigação sugerem a hipótese de uma certa autonomia dos sintomas actuais face aos AVN, em particular no que se refere a dois dos sintomas mais marcantes desta síndrome, a dor e a fadiga.

No entanto, esta hipótese de uma autonomia sintomatológica, de acordo com os resultados da presente investigação, não pode ser considerada em toda a sua abrangência, uma vez que a sintomatologia depressiva é ponderada como auxiliar de diagnóstico, e, neste caso, verificou-se uma relação estatisticamente muito significativa desta com os AVN; isso remete-nos para uma eventual tendência de que, relativamente ao estado de saúde físico, poderá existir essa autonomia, mas na componente mental tal não acontece. A reforçar esta possibilidade estão os resultados da correlação dos AVN com o desempenho emocional, correspondente às limitações do tipo e da quantidade de trabalho executado pelo indivíduo em função do seu estado emocional, que acabam por tender a estar mais afectados quando ocorrem mais AVN e estes têm um maior impacto.

Tabela 16. Médias e desvios-padrão das EADS-21 e do SF-36v2, e teste *Mann-Whitney* em função do abuso físico ou sexual ao longo da vida (N=70)

		Abuso Físico ou Sexual				U	P
		Não (N=49)		Sim (N=21)			
		M	DP	M	DP		
EADS-21	Ans	5.29	4.06	5.48	3.25	457.500	.462
	Dep	4.98	5.01	5.71	5.62	476.000	.620
	Str	9.41	4.54	9.48	3.83	499.500	.847
SF-36v2	FF	48.57	20.21	50.71	21.35	493.000	.782
	DF	41.20	16.18	41.96	20.46	501.500	.866
	DC	31,78	14.60	30.14	15.49	435.500	.303
	SG	31.78	16.08	38.48	18.57	355.000	.039*
	VT	27.93	17.50	28.57	15.76	489.500	.747
	FS	48.72	23.14	55.95	17.95	406.000	.156
	DE	57.99	24.88	50.79	21.87	424.000	.243
	SM	52.45	21.80	53.81	19.36	498.000	.832
	CF	38.09	12.64	40.32	14.23	500.000	.853
CM	46.78	16.62	47.28	14.38	498.000	.833	

Nota: **Ans** (Ansiedade); **Dep** (Depressão); **Str** (Stress); **FF** (Função Física); **DF** (Desempenho Físico); **DC** (Dor Corporal); **SG** (Saúde em Geral); **VT** (Vitalidade); **FS** (Função Social); **DE** (Desempenho Emocional); **SM** (Saúde Mental); **CF** (Componente Física); **CM** (Componente Mental); * Correlações significativas para $p < .05$.

Alguns estudos, porém, têm insistido numa relação entre a frequência de AVN, em particular o abuso físico e sexual, e o agravamento dos sintomas de FM, nomeadamente a dor, a fadiga e o funcionamento físico (e.g., Walker et al., 1997a, 1997b); os dados da presente investigação não vão nesse sentido, mas sim na possibilidade de que, a haver uma relação dos AVN com o estado de saúde destes pacientes, isso apenas acontece em termos da saúde mental destes; esta relação entre os AVN e a

saúde mental dos fibromiálgicos também estava presente em Walker et al. (1997a, 1997b), que apontavam para um maior historial de diagnósticos psiquiátricos, níveis de neuroticismo e de sintomas de somatização nos pacientes abusados. Mais recentemente, Pae et al. (2009) mencionaram que, de acordo com a investigação por eles realizada, o estado de saúde dos indivíduos com FM (SF-36) tende a não estar associado a um historial de abuso físico ou sexual avaliado através do *Sexual and Physical Abuse Questionnaire*.

Ao observarmos a Tabela 16, na qual se compara a saúde das mulheres abusadas com as não abusadas física ou sexualmente, constatamos que também não existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois subgrupos em nenhum dos resultados do SF-36v2 ou das EADS-21, à excepção da subescala saúde em geral, $U=355.000$, $p=.039$. Surpreendentemente, são as mulheres abusadas aquelas que têm uma melhor percepção holística da sua saúde e da capacidade de resistência à doença; um dos motivos que pode ser apontado para esse resultado é a hipótese das mulheres abusadas terem uma percepção de si como mais resilientes, em função de terem ultrapassado essa adversidade. No entanto, entendemos que qualquer hipótese interpretativa tem um carácter abusivo e que estes dados precisam de ser replicados, pois podem ser consequência das limitações dos instrumentos usados. De qualquer das formas, aquilo que nos parece mais claro é que os dados da presente investigação acentuam a ideia de que um historial de abusos físicos ou sexuais pode não estar relacionado com o estado de saúde dos indivíduos no momento presente e, mais do que isso, os abusos físicos ou sexuais não permitem subdividir esta população. De igual modo, fazemos a mesma inferência no que diz respeito à severidade dos AVN em geral, uma vez que apenas existe uma associação entre esses acontecimentos e a saúde dos fibromiálgicos no que diz respeito ao desempenho emocional e à saúde mental destes, nomeadamente através dos sintomas depressivos (Tabela 14).

Contudo, a eventualidade de uma relação dos AVN com determinados aspectos da saúde mental parece-nos bastante mais complexa, podendo a depressão desempenhar um papel importante nesse processo; essa hipótese é suscitada pelos resultados obtidos nesta investigação quando ponderamos a relação dos AVN com os sintomas depressivos (Tabela 14) e destes com a subescala saúde mental (Tabela 15), indicando que estes dois últimos correspondem a construtos muito semelhantes de acordo com Reynolds (2000), que foi algo a que já aludimos. Este eventual papel da depressão na relação entre os AVN e o estado de saúde havia sido perspectivado por Taylor et al. (1995): os autores defenderam que, a existirem diferenças significativas na sintomatologia de mulheres abusadas e não abusadas com FM, elas podem ser encaradas como sintomas de depressão (menor energia, diminuição de actividades sociais e recreativas, perda de peso e auto-relato de sentimentos depressivos), sendo por isso sugerido um estudo mais aprofundado da relação entre a depressão e o abuso sexual na FM. Contudo, o que os dados da presente investigação sugerem é que isso não

acontece quando se consideram o abuso físico e sexual em particular (Tabela 16), mas apenas quando se perspectiva a severidade dum conjunto mais diversificado de acontecimentos (Tabela 14); e, considerando que os itens relativos à depressão nas EADS-21 incluem a avaliação de aspectos respeitantes à disforia, desânimo, desvalorização da vida, auto-depreciação, falta de interesse ou de envolvimento, anedonia e inércia, ainda mais se reforça essa hipótese.

Tabela 17. Médias e desvios-padrão do IAV_N e do SF-36v2, e teste *t* de Student de amostras independentes em função da presença de sintomas de depressão clínica (N=70)

		Depressão Clínica				<i>t</i>	<i>P</i>
		Não (N=40)		Sim (N=30)			
		<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
IAV_N	IGA	3.81	2.30	5.39	3.00	-2.498	.015*
	IPA	11.75	4.67	13.50	4.13	-1.629	.108
	ISA	7.71	2.35	9.44	2.88	-2.762	.007**
SF-36v2	FF	52.88	21.57	44.33	17.99	1.758	.083
	DF	45.00	18.95	36.67	14.09	2.024	.047*
	DC	32.30	15.47	29.93	13.95	.660	.511
	SG	37.05	17.42	27.87	15.41	2.296	.025*
	VT	32.19	16.54	22.71	16.04	2.404	.019*
	FS	55.31	19.38	45.00	23.81	1.997	.050
	DE	68.33	19.36	39.17	19.35	6.240	.000***
	SM	64.13	17.35	37.83	15.24	6.604	.000***
	CF	41.81	14.16	34.70	10.35	2.425	.018*
	CM	54.99	12.07	36.18	13.96	6.033	.000***

Nota: IGA (Índice Global de AVN); IPA (Índice de Presença de AVN); ISA (Índice de Severidade de AVN); FF (Função Física); DF (Desempenho Físico); DC (Dor Corporal); SG (Saúde em Geral); VT (Vitalidade); FS (Função Social); DE (Desempenho Emocional); SM (Saúde Mental); CF (Componente Física); CM (Componente Mental); * Correlações significativas para $p < .05$ | ** Correlações significativas para $p < .01$ | *** Correlações significativas para $p < .001$.

Outros autores acentuam também essa possibilidade de associação entre a depressão e os acontecimentos de vida, novamente especificando os abusos físicos e sexuais; em 2005, Ciccone et al. constataram que as mulheres abusadas da amostra tinham significativamente mais possibilidades de terem PDM do que as não abusadas; a presente investigação não aprofunda essa questão uma vez que se centra na avaliação dos sintomas depressivos na actualidade e não em termos do seu historial. No entanto, quando comparamos as mulheres que mencionam sintomas clínicos de depressão com aquelas em que isso não acontece (Tabela 17), constatamos que as primeiras têm diferenças estatisticamente significativas em relação às segundas em termos do IGA, $t(68)=-2.498$, $p=.015$, e do ISA, $t(68)=-2.762$, $p=.007$, nos quais é considerado o impacto dos AVN, ao contrário do IPA que apenas pondera a frequência dos mesmos; este facto volta a acentuar a importância da avaliação do impacto dos acontecimentos de vida. Neste sentido, observamos que os valores médios de severidade dos AVN é

diferente nos dois subgrupos, com uma maior severidade naquele que tem sintomas de depressão clínica. Isso pode sugerir a existência de uma relação entre abusos e depressão clínica na FM (Tabela 17), tal como é mencionada por Ciccone et al. (2005); mesmo que possa não existir essa associação quando consideramos os abusos e os sintomas de depressão em geral (Tabela 16).

Por outro lado, Ciccone et al. (2005), com recurso a uma amostra comunitária, como acontece na actual investigação, constataram que, ao contrário de outros estudos (Walker et al., 1997a, 1997b; Alexander et al., 1998), tendem a não se verificar diferenças significativas entre fibromiálgicas abusadas e não abusadas no que se refere ao nº de pontos-dolorosos, à severidade da dor, ao comprometimento físico ou ao nº de visitas ao médico; os autores relatam, no entanto, diferenças estatisticamente significativas entre estas no que diz respeito ao historial de sintomatologia psiquiátrica, tal como já mencionava Finestone et al. (2000). Esses resultados acentuam a possibilidade de as mulheres abusadas apenas verem agravadas a sua saúde mental, mas não a dor ou a fadiga, sintomas mas próximos da FM. A este respeito devemos ainda acrescentar que Raphael et al. (2001) apontam como um dos motivos para alguns resultados que contrariam esta ideia, o tipo de amostragem utilizado, assente em amostras de pacientes com grande procura de cuidados de saúde e que podem não ser representativas da FM; também a presente investigação recorre a uma amostra comunitária por oposição à maioria dos estudos que utilizam indivíduos dos cuidados de saúde secundários e terciários.

Independentemente do papel que a depressão, em termos de sintomas ou do seu carácter clínico, possa desempenhar na relação entre os AVN e o estado de saúde dos indivíduos com FM, em particular com a saúde mental, os resultados obtidos remetem para um papel possivelmente mais vasto da relação entre a sintomatologia depressiva e o estado de saúde que não se resume aos AVN ou à saúde mental. Uma análise da relação entre a escala de depressão, tal como é perspectivada nas EADS-21, e as diferentes dimensões do estado de saúde (Tabela 15), indicia que, à excepção da dor corporal, todas as outras dimensões estão associadas a ela de forma negativa e estatisticamente significativa, e com magnitudes que nas subescalas respeitantes à saúde mental (vitalidade, função social, desempenho emocional e saúde mental) são ainda mais intensas; isso acaba por se reflectir na elevada correlação entre a depressão e a componente mental conjunta do SF-36v2, $r(68)=-.74, p<.001$, indicando, de acordo com Reynolds (2000), que estamos praticamente a avaliar o mesmo construto.

Ainda que alguns estudos indiquem uma associação entre a depressão (e também a ansiedade) e todas as subescalas do SF-36 (Neumann et al., 2000; Ciapparelli et al., 2008; Tander et al., 2008), os resultados desta investigação não remetem para uma relação estatisticamente significativa entre a depressão e a dor corporal (nem entre a ansiedade e a função e desempenho físicos, algo que abordaremos mais adiante), como se pode ver na Tabela 15. A identificação de uma associação entre a depressão e o estado de saúde dos fibromiálgicos levou mesmo Tander et al. (2008) a ponderarem a

hipótese de um pior estado de saúde na FM estar mais relacionado com perturbações de humor do que propriamente com a dor, uma vez que a contagem de pontos-dolorosos não apresentou qualquer correlação com nenhuma dimensão do estado de saúde.

Contudo, e à semelhança do que acontece com os resultados desta investigação, outros autores (Kurtze et al., 1998; Thieme et al., 2004; Giesecke et al., 2005) concluíram da inexistência de uma associação específica entre a depressão e a dor, característica central da FM. No entanto, dois estudos recentes voltaram a colocar objecções a estes achados (Furlong, 2010; Gormsen et al., 2010). Podemos assim perspectivar que as investigações se tendem a dividir no que a esta relação diz respeito. Algumas delas, porém, enfermam de limitações metodológicas importantes: por exemplo Furlong et al. (2010) avaliam a intensidade dolorosa e a depressão/ansiedade através dos itens do FIQ correspondentes às mesmas, pelo que, tendo este instrumento uma consistência interna adequada para ser considerado enquanto tal, seria estranho que não houvesse relação entre os seus itens; por outro lado, Gormsen et al. (2010) recorreram a uma amostra bastante reduzida ($N=28$). Ainda que possamos identificar limitações em praticamente todas as investigações, e um factor importante pode ser a ponderação de outras variáveis nessa relação.

A necessidade de ponderação do tempo de diagnóstico foi considerada, por autores que identificam essa associação (Neumann et al., 2000), como um importante factor na avaliação da associação entre depressão e dor (e não apenas em relação a esta, mas a várias subescalas do SF-36); estes investigadores indicam que, nos diagnósticos mais recentes, a dor corporal tende a ter uma maior associação com a depressão, sendo inclusive a dimensão do SF-36 mais relacionada com esta. Ainda assim, Berber et al. (2005), mesmo controlando o tempo de diagnóstico e de dor continuaram a verificar essa relação entre a dor e a depressão na FM. Outro aspecto importante pode ser verificar se estamos a tratar de diagnósticos de depressão actuais ou apenas do historial da mesma, ou até de sintomas de depressão e de diagnósticos de PDM; Epstein et al. (1999), num estudo de caso-controlo, constataram que apenas existiam diferenças estatisticamente significativas entre GE e GC em relação aos diagnósticos actuais, e que não acontecia o mesmo quando abordávamos o historial.

Em função do exposto, parece-nos que a questão continua em aberto, muito embora os resultados desta investigação sugiram a inexistência de uma associação entre a intensidade dolorosa e os sintomas depressivos nesta população. Na medida em que a maioria dos estudos utiliza amostras dos cuidados de saúde secundários e terciários fica-nos a questão se isso pode ser mais característico dessa parte da população do que do conjunto dos indivíduos com FM; pela nossa parte apenas podemos afirmar que isso é característico da presente amostra. De qualquer forma, os resultados obtidos encontram também suporte em muita da literatura existente, particularmente no estudo de Giesecke et al. (2005), que é considerado um referencial sobre esta questão, face à abordagem mais alargada da sua

investigação; estes autores, recorrendo a imagens de ressonância magnética funcional, demonstraram que, apesar de poder existir uma associação entre a depressão e a dor na FM, a forma como ela se estabelece pode ter características que não se reduzem à simples associação linear entre as mesmas, havendo diferentes mecanismos no processamento da dor que devem ser considerados. Neste sentido, Giesecke et al. (2005) constatarem que existe um processamento neuronal em paralelo, mas independente, dos aspectos sensório-discriminativos da dor (localização e nível de intensidade) e da dimensão afectivo-emocional da dor; a magnitude da activação neuronal das áreas cerebrais relacionadas com esta última estavam associadas à severidade da depressão ou à presença de PDM, não acontecendo o mesmo com a intensidade de dor física. Se extrapolarmos sobre um nexo de causalidade entre a depressão e dois principais sintomas da FM, a dor e a fadiga, podemos avançar a hipótese, com base nos resultados desta amostra, de que a acção da depressão nesta população tenderia a ser muito mais sobre os sintomas de fadiga do que propriamente sobre a dor corporal; a depressão é a sintomatologia que mais está associada à vitalidade, $r(68)=-.45$, $p<.001$, para além desta ser a 3ª subescala mais associada aos sintomas de depressão depois do desempenho emocional e da saúde mental; devemos também acrescentar que, para os três tipos de sintomas (ansiedade, depressão e stress), são essas duas subescalas do SF-36v2 aquelas que têm maiores magnitudes de associação.

Para além desta perspectiva não linear de encarar o desenvolvimento da doença, Quartilho (1999) acentua que a evolução dos sintomas não pode ser explicada apenas pelos processos psicológicos ou fisiológicos, uma vez que os aspectos sociais e interpessoais desempenham, em cada momento específico, um papel proeminente na intensidade e gravidade do quadro clínico; de acordo com este autor, a evolução dos sintomas ocorre, fundamentalmente, num espaço interpessoal que exige uma negociação constante entre as necessidades do indivíduo, e as exigências e críticas dos outros. Numerosos factores podem estar envolvidos na relação entre duas variáveis, pelo que a compreensão desta não pode ser perspectivada num quadro redutor de causalidade entre as mesmas; entendemos que este raciocínio é extensível a todos os sintomas da FM e à compreensão de todos os processos de doença, como tem vindo a ser reforçado por diversos autores (Ogden, 1999; Sirgy, 2002, cit. in Pais Ribeiro, 2005; Correia, 2006). De qualquer das formas, e com base na literatura, o que se tem vindo a tornar mais claro é o papel que a depressão pode ter nas diversas dimensões da saúde humana; o mesmo tem acontecido relativamente ao possível impacto desta no que diz respeito à saúde dos fibromiálgicos. Os dados desta investigação suportam também essa hipótese.

Ao observarmos a Tabela 17, constatamos que, excluindo a dor corporal e a função física, em todas as subescalas do SF-36v2 existem diferenças significativas entre o subgrupo de fibromiálgicos com e sem sintomas de depressão clínica (a função social apresenta também uma tendência com $p=0.05$); numa análise global, constatamos que o mesmo acontece quando avaliamos a associação

estatisticamente significativa entre essas subescalas e os sintomas de depressão em geral (Tabela 15). Esses resultados sugerem que a depressão pode ter um papel transversal no estado de saúde destes pacientes, muito embora tenha o efeito maior nas dimensões pertencentes à componente mental de saúde, estando também associada ao valor conjunto desta componente. No entanto, quando comparamos os resultados que constam na Tabela 17 com os das Tabelas 18 e 19, relativos, respectivamente, à ansiedade e stress clínicos, verificamos que apenas no caso da depressão clínica se pode perspectivar uma possível associação entre esta e algumas das subescalas incluídas na componente física do estado de saúde; o mesmo acontece em relação à componente física conjunta, $t(68)=2.425$, $p=.018$, sendo a depressão clínica a única sintomatologia clínica que tem um efeito sobre a componente física do estado de saúde.

Tabela 18. Médias e desvios-padrão do IAV_N e do SF-36v2, e teste *Mann-Whitney* em função da presença de sintomas de ansiedade clínica (N=70)

		Ansiedade Clínica				U	P
		Não (N=25)		Sim (N=45)			
		M	DP	M	DP		
IAV_N	IGA	4.15	2.31	4.67	2.93	516.500	.573
	IPA	12.24	4.55	12.64	4.52	513.500	.547
	ISA	8.18	2.40	8.60	2.89	511.000	.528
SF-36v2	FF	52.40	20.62	47.44	20.33	495.500	.410
	DF	43.50	17.44	40.28	17.50	513.000	.540
	DC	34.76	13.43	29.36	15.28	466.000	.229
	SG	38.20	19.40	30.29	15.17	416.500	.071
	VT	34.75	15.53	24.44	16.63	342.000	.006**
	FS	59.00	16.74	46.39	23.18	373.000	.018*
	DE	66.00	22.43	50.19	23.33	361.500	.013*
	SM	65.40	19.04	45.89	18.78	264.500	.000***
	CF	42.22	13.19	36.84	12.75	440.000	.133
CM	56.29	13.21	41.73	14.93	265.500	.000***	

Nota: IGA (Índice Global de AVN); IPA (Índice de Presença de AVN); ISA (Índice de Severidade de AVN); FF (Função Física); DF (Desempenho Físico); DC (Dor Corporal); SG (Saúde em Geral); VT (Vitalidade); FS (Função Social); DE (Desempenho Emocional); SM (Saúde Mental); CF (Componente Física); CM (Componente Mental); * Correlações significativas para $p<.05$ | ** Correlações significativas para $p<.01$ | *** Correlações significativas para $p<.001$.

A referência à hipótese acima mencionada é feita muito embora seja possível identificar, com base na matriz de correlações entre as EADS-21 e o SF-36v2 (Tabela 15), a existência de outras hipotéticas associações entre o stress, ou a ansiedade, e algumas subescalas físicas. Pode dar-se o caso de as características clínicas da depressão manterem a importância da depressão nessa relação com a saúde física, o mesmo não acontecendo com a ansiedade e o stress. De acordo com os resultados apresentados na Tabela 15 verificamos que todos os estados afectivos estão associados a alguma

dimensão do estado de saúde físico. No entanto, quando analisamos as Tabelas 17, 18 e 19, constatamos que apenas a depressão clínica mantém essa relação (Tabela 17). Esta é, no nosso entender, uma questão essencial na análise de resultados, uma vez que tende a acentuar o papel da depressão na sua relação com o estado de saúde na FM, em detrimento do papel que o stress e a ansiedade podem desempenhar.

Se considerarmos que, também no que diz respeito aos índices do IAV_N, a depressão clínica é a única que apresenta diferenças significativas entre subgrupos de pacientes, não acontecendo o mesmo com a ansiedade e o stress, isso sugere que a depressão pode ter um papel mediador nesse processo, tal como formulam autores de referência (Raphael et al., 2004b; Van Houdenhove & Luyten, 2006). Se essa relação ocorre através do trauma ou de factores genéticos é um outro aspecto da questão, e nessa questão os dois autores divergem, apesar de ambos concordarem sobre o importante papel que a depressão pode desempenhar. Não surpreende por isso que Walker e Littlejohn (2007) considerem que a avaliação do funcionamento psicológico dos indivíduos, nomeadamente a depressão, é um processo essencial nas perturbações músculo-esqueléticas em função do seu impacto no próprio estado de saúde, para mais se considerarmos a relação recíproca entre aquilo que é definido por saúde mental e saúde física.

Independentemente de uma possível associação com determinadas dimensões físicas do estado de saúde, os sintomas de depressão clínica tendem a ter um maior efeito nas componentes mentais desta, que correspondem, regra geral, àquilo que pode ser associado aos aspectos afectivo-emocionais da dor referidos por Gieseck et al. (2005). Na medida em que a saúde mental e o desempenho emocional são também as duas subescalas do SF-36v2 que mais estão associadas significativamente com os sintomas de ansiedade e de stress (Tabela 14), entendemos que a ansiedade e o stress podem desempenhar um importante papel neste processo. No caso do stress (Tabela 15), verificamos que a questão do desempenho (tanto físico como emocional) parece estar associada significativamente a esta sintomatologia; isso não surpreende se considerarmos que estamos a falar das dimensões do estado de saúde que mais remetem para a concretização de objectivos e, decorrentemente, mais geradoras de stress. O que dados anteriormente mencionados referiam era uma acentuada presença de sintomatologia de stress nesta amostra, a que acresce agora a sua relação com as duas escalas de desempenho do SF-36v2, o desempenho físico e o desempenho mental, sendo mesmo este a sintomatologia que tem mais elevada associação com o desempenho físico; ainda assim, esse possível efeito do stress no desempenho físico tende a não existir quando o consideramos clinicamente (Tabela 19).

Estes resultados sugerem que o stress presente em alguns dos pacientes se pode manifestar, como referem alguns estudos, em estreita relação com elevados padrões de exigência e de realização

peçoal (Hallberg & Carlsson, 1998), e associadas a um alto grau de exigência de performance profissional (Surawy, Hackmann, Hawton & Sharpe, 1995; Ware e Kleinman, 1992, cit. em White & Schweitzer, 2000), para mais se considerarmos que tanto a escala de desempenho físico, como a de desempenho mental avaliam o impacto das limitações devidas a, respectivamente, problemas físicos e emocionais no trabalho realizado.

Tabela 19. Médias e desvios-padrão do IAV_N e do SF-36v2, e teste *Mann-Whitney* em função da presença de sintomas de stress clínico (N=70)

		Stress Clínico				U	P
		Não (N=24)		Sim (N=46)			
		M	DP	M	DP		
IAV_N	IGA	4.15	2.87	4.66	2.65	462.500	.268
	IPA	11.92	4.30	12.80	4.62	483.000	.392
	ISA	8.16	2.77	8.60	2.70	472.000	.322
SF-36v2	FF	52.71	19.11	47.39	21.05	480.000	.372
	DF	45.83	15.93	39.13	17.89	434.500	.142
	DC	35.38	14.93	29.15	14.40	446.500	.184
	SG	35.58	14.31	31.83	18.40	441.500	.168
	VT	33.33	14.12	25.41	17.70	385.000	.037*
	FS	59.38	16.17	46.47	23.22	390.500	.042*
	DE	66.32	20.04	50.36	24.40	322.000	.004**
	SM	68.13	16.27	44.89	18.69	205.000	.000***
	CF	42.38	12.26	36.88	13.21	421.500	.106
	CM	56.79	11.31	41.78	15.57	245.500	.000***

Nota: IGA (Índice Global de AVN); IPA (Índice de Presença de AVN); ISA (Índice de Severidade de AVN); FF (Função Física); DF (Desempenho Físico); DC (Dor Corporal); SG (Saúde em Geral); VT (Vitalidade); FS (Função Social); DE (Desempenho Emocional); SM (Saúde Mental); CF (Componente Física); CM (Componente Mental); * Correlações significativas para $p < .05$ | ** Correlações significativas para $p < .01$ | *** Correlações significativas para $p < .001$.

Constatamos ainda que a terceira subescala a ter maior magnitude de associação com a variável stress, a seguir à saúde mental e ao desempenho emocional, é a função social, $r(68) = -.46$, $p < .001$ (Tabela 15); esta é, de todas as escalas das EADS-21, aquela que apresenta maior associação com essa dimensão, o que é revelador do papel eminentemente social do próprio stress e do quanto a população fibromiálgica valoriza os relacionamentos sociais e a sua deterioração. De facto, parece-nos que estes resultados sugerem a ideia, presente em alguma literatura (e.g., Hallberg e Carlsson, 1998), de que pode existir, em diversos pacientes, uma vulnerabilidade social geradora de dificuldades, que é consequência do esforço para serem socialmente aceites, bem como compreendidas e respeitadas no seu sofrimento; isso tenderia a gerar nos pacientes com FM a presença de uma experiência de stress que é vivida de uma forma muito intensa e amplificada, tal como é mencionado por autores citados por Wentz et al. (2004). Essa possibilidade seria também consequência, segundo Blumer e Heilbronn

(1982), de uma crença forte e irrealista nas suas capacidades para controlar as suas necessidades principais tendo em vista corresponderem aos padrões sociais, algo que já tinha sido perspectivado para a dor crónica.

Contudo, parece-nos que continua em aberto o carácter causal que pode ser estabelecido entre estes factores, mesmo que se constate a relação entre o stress e a dimensão função social do SF-36v2, uma vez que o stress pode não ser anterior ao surgimento da FM, mas ser consequência da vivência de uma condição de dor crónica; e que, não bastando tal, é vista também como discriminante para quem a tem, em função da descrença de outros significativos e de alguns profissionais de saúde nesse diagnóstico. No entanto, para Davis et al. (2001), esta vulnerabilidade social não pode se encarada como justificada pela própria dor, mas por dificuldades de adaptação ao stress que ela desperta, bem como por uma incapacidade para manter emoções positivas nesses períodos, o que se reflectiria num decréscimo da QDV em termos sociais; os dados do presente estudo reforçam essa possibilidade, para mais considerando que a função social nestes pacientes está também associada significativamente e de maneira moderada (Cohen, 1988) à depressão, $r(68)=-.39$, $p<.01$, e que esta se caracteriza por uma acentuada presença de afectos negativos.

Em função do exposto torna-se mais presente a necessidade de elaboração e aplicação de estratégias terapêuticas destinadas a preservar relações compensadoras, manter o afecto positivo, e minimizar os afectos negativos apesar da presença de stress e dor crónica, uma vez que isso pode ser essencial para garantir o bem-estar psicológico e o funcionamento físico dos pacientes com FM. No entanto, esta relação entre stress, depressão e estado de saúde pode ser enquadrada numa perspectiva mais abrangente, que vai para além das relações sociais e se pode estender à própria etiologia da síndrome; autores como Van Houdenhove (e.g., Van Houdenhove & Luyten, 2006) e Raphael (e.g., Raphael et al., 2004c), que assumem posições em alguns casos contrárias no que diz respeito à FM, tendem a concordar na possibilidade de a FM e a PDM poderem estar geneticamente relacionadas, sendo menos claro o papel que pode desempenhar o stress no sentido de gerar uma maior susceptibilidade ao aparecimento dessas perturbações e de um conjunto de outras, bem como em que medida este pode contribuir para o agravar da severidade dos sintomas.

Por fim, quanto à ansiedade, apenas acrescentar, a tudo o que anteriormente foi mencionado, que esta é a sintomatologia que apresenta, em termos gerais, uma associação menos significativa com todas as dimensões do estado de saúde, à excepção de uma possível associação com a dor corporal (Tabela 14), mas que não se confirma quando analisamos o seu carácter clínico (Tabela 18). Esta relação pode ser perspectivada em função da possibilidade de existir um carácter antecipatório no processo de dor, para mais em pacientes com dor crónica e que podem pressupor o seu possível aparecimento em consequência do movimento. O papel do medo do movimento tem sido estudado em

diversas perturbações músculo-esqueléticas, entre as quais a FM (e.g., Goubert et al., 2004). Segundo Kori, Miller e Todd (1990), a cinesiofobia, a que vulgarmente se chama medo do movimento, e que os autores citam como um excessivo, irracional e incapacitante medo do movimento físico e da actividade resultante de um sentimento de vulnerabilidade a lesões dolorosas (cit. in Burwinkle, Robinson & Turk, 2005) tende a estar presente nos pacientes com FM.

Por outro lado, alguns estudos referidos por Burwinkle et al. (2005) demonstram que esse medo tem um papel importante na evolução e manutenção da dor, bem como no comprometimento de determinadas capacidades dos indivíduos com dor crónica. Essa possibilidade poderia explicar a correlação moderada e estatisticamente significativa encontrada na presente amostra entre os sintomas de ansiedade e dor corporal, $r(68)=-.36, p<.01$ (Tabela 14); algo que também acontece com o stress, $r(68)=-.31, p<.01$ – estaríamos eventualmente perante uma situação em que o indivíduo teria esse medo antecipatório da dor que é gerador de ansiedade, e que, aquando da realização do movimento, despertaria sintomas de stress face à possibilidade de confirmação do mesmo. Contudo, o que diversos programas de intervenção têm demonstrado é que o movimento não é gerador de dor na FM, sendo mesmo aconselhada a prática de exercício físico de forma supervisionada clinicamente (e.g., Van Wilgen, Bloten & Oeseburg, 2007).

Ainda assim, a hipótese explicativa acima apresentada, ainda mais pode ser reforçada se considerarmos a depressão, por um lado, e os resultados da subescala de vitalidade (Tabela 18), por outro, uma vez que esta apresenta diferenças estatisticamente significativas entre pacientes com sintomas de ansiedade clínica e não clínica, $U=342.000, p=.006$; o cansaço poderia resultar desse permanente estado de ansiedade e de stress, associado ao medo da dor, para além do papel que a depressão possa desempenhar nesse processo. De qualquer das formas, constatamos que também a literatura tende a confirmar o papel da ansiedade na condição dolorosa; por exemplo, Thieme et al., (2004) verificaram que os fibromiálgicos com perturbações de ansiedade tendiam a relatar uma maior intensidade dolorosa quando comparados com os pacientes que tinham comorbilidade com perturbações de humor.

Em função do acima mencionado cremos ser possível perspectivar que, em diferentes áreas da vida dos indivíduos presentes nesta amostra, cada uma das sintomatologias pode desempenhar um papel específico. Ainda assim, entendemos que os resultados sugerem um papel central da depressão, em particular da depressão clínica, no estado de saúde dos fibromiálgicos; se ponderarmos a sua possível relação com os AVN em detrimento das outras sintomatologias psiquiátricas, ainda mais se pode sugerir a sua relevância na compreensão da FM. Por outro lado, segundo os dados apresentados, é possível apontar a existência de subgrupos de pacientes com FM com diferentes estados de saúde, em função da presença de depressão, ansiedade e stress clínicos, ou até mesmo da presença de sintomas

destes. O seu efeito faz-se mais sentir no caso da depressão. Menos associados ao estado de saúde actual dos pacientes parecem estar os AVN e, especificamente, os abusos físicos e sexuais, muito embora se identifique uma possível relação destes com alguns aspectos gerais do estado de saúde ou com sintomas depressivos. Ainda assim, entendemos que estas observações não se podem generalizar a todos os quadros da síndrome, sendo apenas hipóteses explicativas sugeridas pela actual amostra de pacientes.

Aquando da formalização do seu modelo, Van Houdenhove e Egle (2004) colocaram uma grande ênfase na clarificação de que muitos dos factores nele apresentados se podem encontrar apenas em subgrupos de pacientes com FM; os autores insistem mesmo que os AVN e certos traços de personalidade poderiam desempenhar um importante papel na evolução do estado de saúde dos fibromiálgicos, permitindo distinguir dentro do diagnóstico de FM diferentes subgrupos; os dados desta investigação tendem a desvalorizar um impossível impacto de um historial de AVN no estado de saúde actual, enfatizando mais a psicopatologia nesse processo. Da mesma forma, e em relação aos processos de vitimização e ao risco decorrente dos mesmos para o desenvolvimento de FM, Van Houdenhove et al. (2001a) reconhecem que nem todos os pacientes mencionam experiências de abuso, pelo que o possível papel etiológico que a vitimização pode ter adquire um pressuposto de vulnerabilidade e não de causa-efeito. Segundo Henningsen et al. (2003), deve ser sempre questionada a homogeneidade subjacente às classificações clínicas, particularmente quando tentamos estabelecer relações de causalidade entre diversas variáveis.

Os resultados desta investigação vêm reforçar a ideia de que a FM não é um diagnóstico homogéneo tal como também insistem Thieme et al. (2004); neste sentido podem identificar-se diferentes subgrupos em função das características psicossociais dos pacientes, devendo averiguar-se também a possível presença de perturbações psiquiátricas para além das alterações físicas, em vez de se partir do pressuposto da sua existência. Caso estas sejam identificadas, então o tratamento não pode ser apenas dirigido para os sintomas principais de dor com terapia biológica, devendo ser alargado a intervenções de âmbito psicológico no sentido de estabelecer um estilo de vida mais adaptativo, como referem Paes et al. (2008). Assim, uma adequada ponderação dos aspectos psicossociais na FM pode também abrir espaço para um eficaz enquadramento da psicologia da saúde na compreensão desta síndrome, possibilitando novos potenciais de intervenção e de melhoria da QDV destes pacientes.

CONCLUSÃO

CONCLUSÃO

Um dos principais objectivos deste estudo foi o de cruzar os dados de duas linhas de investigação que são predominantes na FM, uma centrada em factores presentes nos modelos biopsicossociais (e nos AVN) e outra em variáveis relacionadas com os modelos de resultados (o estado de saúde); foram também analisados alguns indicadores de psicopatologia (ansiedade, depressão e stress), que é uma variável tendencialmente presente em ambos os modelos. Neste sentido, uma questão central foi a avaliação do sentido e da magnitude de uma possível associação entre a severidade (frequência x impacto) de AVN e o estado de saúde nesta população, tendo como ponto de referência os sintomas psiquiátricos.

Os resultados obtidos remetem para uma associação entre a severidade de AVN e determinadas dimensões da componente mental da saúde dos fibromiálgicos, nomeadamente o desempenho emocional e a saúde mental. No entanto, não foi possível identificar qualquer relação entre os AVN e a componente física do estado de saúde dos mesmos. Os dados da presente investigação apontam também para a inexistência de diferenças significativas entre indivíduos alvo de abuso físico ou sexual em termos do seu estado de saúde e, nomeadamente, em relação à dor corporal e à fadiga, critérios essenciais para o diagnóstico de FM. Mais relevante ainda é o facto de não se ter verificado uma associação estatisticamente significativa entre sintomas característicos da FM, como a dor e a fadiga, e a severidade total do conjunto dos diversos AVN; isso aponta para a possível presença de autonomia sintomatológica em relação ao historial biográfico, e que ocorreria, tal como refere alguma literatura, a partir do momento em que surge a síndrome.

De acordo com os resultados obtidos no nosso estudo, a depressão pode desempenhar um papel essencial neste processo entre os AVN e o estado de saúde actual dos fibromiálgicos, sendo o único sintoma psiquiátrico estudado que parece estar significativamente associado com a severidade dos acontecimentos ocorridos; entre os três sintomas avaliados e que podem ser mais identificados com a FM, a depressão revelou-se aquele que mais pode ser afectado pelos AVN. Simultaneamente, o facto de os indivíduos clinicamente deprimidos terem apresentado diferenças estatisticamente significativas em termos da severidade dos AVN, suscita a possibilidade de a depressão clínica ter um carácter mediador na relação entre os AVN e o estado de saúde actual, em particular nas diversas dimensões da sua componente mental.

Contudo, em função dos resultados obtidos, é possível perceber que a depressão clínica pode ter um papel ainda mais abrangente na sua relação com a FM e o estado de saúde actual destes pacientes, na medida em que está associada também à componente física da saúde, ao contrário dos sintomas clínicos

de ansiedade e stress, cuja eventual relação se estabelece apenas com aspectos da componente mental, como o desempenho emocional, a saúde mental, a vitalidade e a função social. Ainda assim, e consubstanciando alguma da literatura existente, constatou-se que a depressão não apresentava qualquer relação com a intensidade de dor corporal percebida.

A existência de diferentes aspectos na avaliação da dor (sensório-discriminativos e afectivo-emocionais) e os resultados obtidos sugerem que a depressão pode estar apenas associada aos aspectos afectivo-emocionais da dor, o que nos leva a perspectivar a hipótese de ser dessa forma que se pode estabelecer uma relação entre a depressão e a saúde mental destes pacientes. Por outro lado, pode ser que alguma da influência eventualmente exercida pela depressão sobre os sintomas mais característicos de FM, se faça sentir mais sobre aspectos como a fadiga do que propriamente sobre a intensidade dolorosa; esta relação entre fadiga e depressão não surpreende, uma vez que diversos autores já formularam a existência de uma associação entre essas duas variáveis na população em geral. Acresce a isto que, até pelas próprias características da depressão, como o desânimo e a inércia, é possível apontar para uma estreita relação entre ambas. Simultaneamente, a relação entre a depressão e o estado de saúde na FM pode estabelecer-se através do seu impacto na saúde mental destes pacientes, uma vez que os resultados apontam para uma estreita relação entre os dois, inclusive sobre o desempenho emocional dos mesmos.

Ainda assim, foi possível contactar que quando falamos de FM não a devemos confundir com o doente fibromiálgico, uma vez que um dos resultados que entendemos como mais relevantes nesta investigação é a constatação de que estamos perante uma população com características muito heterogéneas, algo que a literatura tem repetidamente formulado, embora se verifiquem também tentativas de enquadramento desta síndrome em contextos patológicos mais abrangentes. Além do mais, os resultados desta investigação sugerem que a diversidade de condições associadas à FM não permite identificar um quadro generalizável a toda a população fibromiálgica. Em termos de comorbilidade encontramos indivíduos sem qualquer tipo de comorbilidade, quer relativamente ao que definimos como doença mental, quer a outras patologias físicas ou síndromes. Naturalmente, também se encontram casos onde a comorbilidade é muito acentuada, inclusive com outras doenças reumáticas, no entanto, não é possível identificar um quadro homogéneo. Os resultados relativos à psicopatologia nesta população são também disso exemplo, não permitindo identificar a FM com as doenças psiquiátricas. A elevada presença de outras doenças músculo-esqueléticas pode mesmo sugerir que a sua compreensão deve ser feita no âmbito desse enquadramento patológico, ainda que desconhecendo-se a sua fisiopatologia. No entanto, a heterogeneidade de condições de comorbilidade mantém a discussão em aberto.

O mesmo acontece quando abordamos a ocorrência de AVN nesta população, e especificamente o abuso físico e sexual. A prevalência de abuso físico e sexual na infância nesta amostra encontra-se dentro de valores normativos, e apenas uma reduzida parte das mulheres estudadas sofreu esses abusos,

pelo que, em nosso entender, o abuso físico e sexual na infância não se apresenta como factor de risco para o desenvolvimento de FM na idade adulta, sendo excessiva a identificação desses abusos com esta população. Em termos de AVN ocorridos ao longo da vida, os eventos que perspectivamos como tendo uma maior severidade nesta população são os que estão mais associados aos maus-tratos psicológicos do que físicos, nomeadamente a negligência psicológica e alguns aspectos do abuso psicológico como as depreciações e as rejeições, que, a par das exigências desproporcionadas e dos conflitos entre familiares próximos, sugerem um processo de vinculação mais dificultado em algumas destas pacientes. Para além desses acontecimentos, as mulheres desta amostra mencionam uma maior severidade em eventos relacionados com a saúde do próprio ou de familiares, o que pode decorrer do facto de estarmos perante uma população com dor e doença crónicas, havendo por isso uma maior focalização nesses aspectos. Por outro lado, a mais elevada ocorrência de problemas de saúde de familiares próximos pode apontar também para uma vulnerabilidade genética pré-existente, como refere a literatura.

Em termos da avaliação dos acontecimentos de vida, revelou-se importante a ponderação do impacto dos mesmos, muito embora fossem maioritariamente aqueles que têm uma maior frequência os que acabam por resultar numa maior severidade; ainda assim, e aquando da avaliação da relação com o estado de saúde actual dos pacientes, constatou-se que a ponderação da severidade (que inclui o impacto) revelou ter uma maior associação com o estado de saúde e a depressão do que a avaliação exclusiva da frequência dos AVN. Um outro aspecto que cremos ter ficado patente na discussão de resultados é a complexidade associada à investigação em torno dos AVN, e em particular dos abusos físicos e sexuais, nomeadamente questões como a definição de abusos ou aspectos relacionados com os enviesamentos de amostragem e de memória: género da amostra; escolha do GC; ambiente sociocultural; amostras comunitárias *vs.* amostras dos cuidados de saúde secundários/terciários; entrevistas *vs.* questionários de auto-relato; confidencialidade dos dados; estudos prospectivos *vs.* retrospectivos; recordação congruente com o humor. Esse facto ainda torna mais abusivo, no nosso entender, uma identificação dos abusos físico e sexual com esta população.

Relativamente aos acontecimentos de vida, foi também avaliada a possível associação ou proximidade temporal destes com o precipitar dos sintomas, tendo-se constatado que uma grande maioria dos pacientes refere acontecimentos que podem ser definidos categorialmente como “relacionais”, principalmente com outros significativos (i.e., morte de familiares, gravidez, conflitos familiares ou profissionais, e situações associadas à prática de cuidados com outros). Estes resultados, de alguma forma, sugerem a importância de outros significativos para esta população, bem como eventuais práticas de auto-sacrifício e de um coping definido como de “cuidar e proteger”, algo já descrito na literatura. Esta ideia pode reforçar também a possibilidade de existirem problemas de vinculação em alguns dos indivíduos com FM ou até traços de perfeccionismo. Um outro aspecto relevante em relação aos

resultados obtidos foi o facto de a grande maioria das pacientes associar ou identificar como próximo do início dos sintomas mais do que um acontecimento, suscitando a hipótese de ser um conjunto de circunstâncias mais alargado, na qual se inclui um menor suporte social nesse período, a potenciar a fragilidade da sua condição e o eventual aparecimento dos sintomas; a este aspecto junta-se um outro, e que diz respeito ao facto de terem sido praticamente inexistentes as pacientes que não conseguem identificar um acontecimento como próximo ou associado ao precipitar dos sintomas.

Uma outra análise realizada, e relativa ao estado de saúde subjectivo destas pacientes, aponta para um maior comprometimento em dimensões características desta síndrome, como a dor corporal e a fadiga, algo que foi descrito na literatura. Os resultados obtidos nas diversas subescalas do estado de saúde são também semelhantes aos da grande maioria dos estudos, à excepção do desempenho físico, o que acaba por se reflectir numa menor deterioração da componente física conjunta do estado de saúde. O facto de estarmos perante uma amostra que mantém, na sua maioria, uma actividade profissional activa sugere que a percepção do seu desempenho físico pode estar menos afectada e que a actividade profissional, quando devidamente enquadrada, pode ter um efeito positivo nesta síndrome. Contrariamente também à grande maioria dos estudos, esta amostra não apresentou um tão grande comprometimento da saúde mental, encontrando-se os resultados desta dimensão muito próximos dos valores normativos para Portugal. Tal pode estar associado ao facto de estarmos perante uma amostra comunitária e não dos cuidados de saúde secundários ou terciários onde tende a existir esse maior comprometimento. No entanto, os dados apresentados demonstram que há uma grave deterioração do estado de saúde destes pacientes que se faz sentir prioritariamente, como o comprovam todos os estudos, sobre as dimensões físicas deste, mas que são transversais a toda a sua condição existencial, inclusivamente a função social.

Por último, devemos voltar a destacar a importância de não se identificar este diagnóstico com um caminho específico percorrido até ao surgimento dos sintomas, igual em todos os indivíduos com FM. A heterogeneidade de condições existenciais encontradas e as diferenças entre subgrupos de pacientes não permitem retirar conclusões nesse sentido, bem pelo contrário. Em função do exposto, julgamos poder concluir que a psicopatologia pode-se tornar em alguns casos num caminho comum ao da FM, mas em outros é apenas um caminho paralelo que não tem de ser caminhado pelo fibromiálgico. O mesmo se pode afirmar, de alguma forma, em relação à prevalência de abuso físico e sexual nesta população, uma vez que estes tipos de abuso não são específicos desta síndrome e não estão presentes na grande maioria dos pacientes com FM. Esta ideia pode ser ainda associada a uma outra, a de que não são necessariamente os acontecimentos vividos na infância, mas ao longo de toda a vida do indivíduo, e a sua repetição, que podem aumentar uma vulnerabilidade pré-existente em termos biológicos a acontecimentos tendencialmente geradores de stress, acontecimentos esses que tendem a precipitar o

aparecimento da síndrome; tudo isto cremos já ter sido de alguma forma perspectivado no modelo biopsicossocial existente.

Neste sentido, torna-se clara a necessidade de avaliação dos AVN e da psicopatologia nesta população, em particular da depressão, mas sem que isso implique uma associação do abuso físico ou sexual, e da doença mental, com os pacientes com FM. Na presente investigação foi possível identificar a necessidade de subdivisão destes indivíduos consoante o seu perfil psicopatológico, mas não necessariamente em função da presença de abusos físicos ou sexuais, pois estes não demonstraram ter efeito no estado de saúde destas mulheres. Naturalmente que a investigação científica deve procurar aquilo que é comum a todos os fibromiálgicos, mas a prática clínica deve aproximar-se daquilo que é próprio de cada um deles, pois a compreensão que o paciente pode sentir decorre da capacidade dos diversos profissionais de saúde em individualizarem o seu caso, ainda que enquadrando-o num diagnóstico comum; o diagnóstico tem apenas um carácter instrumental e não pode, em momento algum, identificar o indivíduo, pois ele é muito mais que a sua doença. Se, por um lado, é a existência de marcadores biológicos que remetem para a classificação de doença, e se, por outro, são os sintomas que definem o diagnóstico de uma determinada síndrome, em nenhum caso é a doença ou a síndrome que definem o doente.

A necessidade de compreensão desta realidade, como de outras, leva-nos a perspectivar a psicologia da saúde como um extraordinário mapa de análise dos caminhos percorridos pelos pacientes com esta síndrome, muito embora caiba a cada um de nós a constatação de que esse mapa é apenas uma leitura parcial dessa realidade e não corresponde objectivamente à mesma. Por seu lado, os modelos biopsicossociais, em particular o elaborado por Van Houdenhove et al. (2005), têm-se constituído como um bom ponto de partida para novas investigações nesta área, mas em nenhum caso nos podemos esquecer da necessidade de acedermos à perspectiva do paciente para a compreensão da sua condição individual. Entendido também neste sentido, o estudo da qualidade de vida destes pacientes sob uma perspectiva pessoal e subjectiva torna-se fundamental, procurando-se não apenas quantificar o comprometimento em termos de funcionamento mental, físico e social, mas essencialmente compreender a sua condição existencial e perceber de que forma podem os prestadores de cuidados de saúde alterar essa condição, determinando-se, simultaneamente, políticas de saúde mais adequadas. Neste sentido, a qualidade de vida constitui-se como a última fronteira tendo em vista uma integração compreensiva do estado de saúde destes pacientes numa sociedade que tanto tem descredibilizado a sua condição de dor e sofrimento. Em função do exposto, entendemos que uma atitude crítica por parte da psicologia da saúde tradicional permitirá alargar o conhecimento para além dos modelos biopsicossociais existentes e cruzá-los com variáveis de resultados, algo que procurámos explorar nesta amostra.

Simultaneamente, entendemos que qualquer *a priori* sobre os pacientes com FM apenas pode ser entendido como prefácio de uma história individual de vida que cabe a todos os profissionais de saúde ir lendo na interacção com aquele que é o maior conhecedor da síndrome, o paciente com FM. Um tal cuidado deve tornar-se ainda mais presente quando temos consciência do alargado número de limitações desta investigação como acontece em outras: a não verificação do diagnóstico aquando das entrevistas pode ter levado à inclusão na amostra de indivíduos nos quais houve um incorrecto diagnóstico; o não controlo da comorbilidade pode não ter permitido perceber a influência de outras patologias no estado de saúde; o mesmo se pode dizer relativamente a um conjunto muito diversificado de situações, em particular o tempo decorrido desde o início dos sintomas ou do diagnóstico, e até mesmo da idade e condição socioeconómica que tendem a estar associadas ao estado de saúde; a não avaliação de variáveis biológicas, essenciais na FM, conduziu a uma compreensão redutora da realidade com uma decorrente focalização nos factores psicossociais; o carácter transversal do estudo não permite uma perspectiva temporal adequada à compreensão de muitas das questões associadas ao estado de saúde destes pacientes; o tamanho reduzido da amostra não permite fazer generalizações para a população fibromiálgica, mas apenas fornecer características sensíveis que podem estar presentes nesta população; o tipo de amostragem utilizado (por bola de neve) pode ter conduzido a um enviesamento de amostragem associado ao facto de poder existir uma sobrerepresentação de indivíduos com um maior número de contactos sociais; a não validação do instrumento relativo aos AVN não garante uma confiança total nos dados obtidos, podendo apontar-se também uma possível ocultação das situações de abuso pelo recurso à entrevista; em termos gerais, as limitações dos diversos instrumentos podem não ter garantido uma compreensão adequada da condição destes pacientes. Em defesa dos resultados obtidos apenas podemos afirmar que foi nosso objectivo que a diversidade de condições presentes na FM estivessem representadas nesta amostra, daí a opção por uma amostra comunitária em detrimento de outras. Em função da heterogeneidade de condições existenciais identificada, ainda mais se torna presente outra das preocupações desta investigação, aceder à perspectiva individual e idiossincrática do paciente e fundamentá-la como essencial à compreensão do estado de saúde dos mesmos e ao seu tratamento.

Neste sentido, é na plena consciência de muitas das limitações presentes, e do carácter exploratório deste estudo, que sugerimos novos caminhos a serem percorridos em termos de investigação. Uma das primeiras propostas diz respeito ao aprofundamento de temáticas que nos parecem latentes nesta amostra, alguns traços de perfeccionismo e a importância dos processos de vinculação. Outra das possibilidades decorre da dificuldade em encontrar instrumentos adequados que explorem não apenas a frequência dos acontecimentos de vida, mas também o impacto dos mesmos, uma variável que nos parece fundamental para a compreensão da sua possível associação com a FM. Por fim, entendemos que novas metodologias de investigação assentes em estudos longitudinais, ou até mesmo na exploração

de narrativas de vida, podem permitir uma compreensão mais abrangente relativamente ao desenvolvimento da FM, algo que não é possível com estudos transversais; de qualquer das formas, parece-nos essencial que se mantenha a prioridade a estudos que incidam sobre amostras comunitárias em detrimento de participantes com uma grande procura de cuidados de saúde.

Independentemente dos caminhos que essas investigações tomem e dos resultados obtidos, consideramos que um maior conhecimento desta patologia contribuirá sempre para evitar que a FM se transforme naquilo em que alguns autores defendem que se tem vindo a tornar: um diagnóstico abrangente para indivíduos que têm sintomatologia de dor para a qual os médicos não conseguem determinar a origem, e uma tentativa de reconciliar a certeza subjectiva em relação aos sintomas com a incapacidade para determinar evidências médicas objectivas em relação à sua existência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aaron, L. A., Bradley, L. A., Alarcón, G. S., Triana-Alexander, M., Alexander, R. W., Martin, M. Y., & Alberts, K. R. (1997). Perceived physical and emotional trauma as precipitating events in fibromyalgia: Associations with health care seeking and disability status but not pain severity. *Arthritis Rheum*, 40 (3), 453-460.

Abeles, A., Pillinger, M. H., Solitar, B. M., & Abeles, M. (2007). Narrative review: The pathophysiology of fibromyalgia. *Ann Intern Med*, 146, 726-734.

Adler, G. K. (1999). Hormonal changes and fibromyalgia. *Current Opinion in Endocrinology & Diabetes*, 6 (1), 55.

Ahles, T. A., Khan, S. A., Yunus, M. B., Spiegel, D. A., & Masi, A. T. (1991). Psychiatric status of patients with primary fibromyalgia, patients with rheumatoid arthritis, and subjects without pain: a blind comparison of DSM-III diagnoses. *Am J Psychiatry*, 148, 1721-1726.

Al-Allaf, A. W., Dunbar, K. L., Hallum, N. S., Nosratzadeh, B., Templeton, K. D., & Pullar, T. (2002). A case-control study examining the role of physical trauma in the onset of fibromyalgia syndrome. *Rheumatology* 41 (4), 450-453.

Alexander, R. W., Bradley, L. A., Alarcon, G. S., Triana-Alexander, M., Aaron, L. A., Alberts, K. R., Martin, M. Y., & Stewart, K. E. (1998). Sexual and physical abuse in women with fibromyalgia: association with outpatient health care utilization and pain medication usage. *Arthritis Care Res*, 11, 102-105.

Anaut, M. (2005). *A resiliência: Ultrapassar os traumatismos*. Lisboa: Climepsi Editores.

Anda, R. F., Whitfield, C. L., Felitti, V. J., Chapman, D., Edwards, V. J., Dube, S. R., & Williamson, D. F. (2002). Adverse childhood experiences, alcoholic parents, and later risk of alcoholism and depression. *Psychiatric Services*, 53 (8), 1001-1009.

- Anderberg, U. M., Marteinsdottir, I., Theorell, T., & Von Knorring, L. (2000). The impact of life events in female patients with fibromyalgia and in female healthy controls. *Eur Psychiatry, 15* (5), 295-301.
- Andresen, E. M., & Meyers A. R. (2000). Health-related quality of life outcomes measures. *Arch Phys Med Rehabil, 81*, Suppl 2, S30-S45.
- Arnold, L. M., Hudson, J. I., Hess, E. V., Ware, A. E., Fritz, D. A., Auchenbach, M. B., Starck, L. O., & Keck, P. E. (2004). Family study of fibromyalgia. *Arthritis Rheum, 50* (3), 944-952.
- Arnold, L. M., Hudson, J. I., Keck, P. E., Auchenbach, M. B., Javaras, K. N., & Hess, E. V. (2006). Comorbidity of fibromyalgia and psychiatric disorders. *J Clin Psychiatry, 67*, 1219-1225.
- Arnold, L. M., Crofford, L., Mease, P., Burgess, S., Palmer, S., Abetz, L., & Martin, S. (2008). Patient perspectives on the impact of fibromyalgia. *Patient Education and Counseling, 73*, 114-120.
- Azevedo, M. C., & Maia, A. C. (2006). *Maus-Tratos à Criança*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Barcellos de Souza, J., Goffaux, P., Julien, N., Potvin, S., Charest, J., & Marchand, S. (2008). Fibromyalgia subgroups: Profiling distinct subgroups using the Fibromyalgia Impact Questionnaire. A preliminary study. *Rheumatology International, 29* (5), 509-515.
- Barsky, A. J., & Borus, F. B. (1999). Functional somatic syndromes. *Annals of Internal Medicine, 130*, 910-921.
- Bailey, B. E., Freedendfeld, R. N., Kiser, R. S., & Gatchel, R. J. (2003). Lifetime physical and sexual abuse in chronic pain patients: Psychosocial correlates and treatment outcomes. *Disability and Rehabilitation, 25*, 331-342.
- Baptista, A. (2009). Stresse: Aspectos psicobiológicos. In J. P. Cruz, S. N. Jesus, & C. Nunes (Coord.). *Bem-estar e qualidade de vida: Contributos da psicologia da saúde* (pp. 50-65). Alcochete: Textiverso.

- Beal, C. C., Stuifbergen, A. K., & Brown, A. (2009). Predictors of a health promoting lifestyle in women with fibromyalgia syndrome. *Psychology, Health & Medicine, 14* (3), 343-353.
- Beaton, D. E., Hogg-Johnson, S., & Bombardier, C. (1997). Evaluating changes in health status: Reliability and responsiveness of five generic health status measures in workers with musculoskeletal disorders. *J Clin Epidemiol, 50*, 79-93.
- Bennett, R. M., Clark, S. R., Campbell, S. M., Ingram, S. B., Burckhardt, C. S., Nelson, D. L., & Porter, J. M. (1991). Symptoms of Raynaud's syndrome in patients with fibromyalgia. *Arthritis Rheum, 34*, 264-269.
- Bennett, R. M., Friend, R., Jones, K. D., Ward, R., Han, B. K., & Ross, R. L. (2009). The Revised Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQR): Validation and psychometric properties. *Arthritis Research & Therapy, 11* (4), 1-14.
- Berber, J. S., Kupek, E., & Berber, S. C. (2005). Prevalência de depressão e sua relação com a qualidade de vida em pacientes com síndrome da fibromialgia. *Rev Bras Reumatol, 45* (2), 47-54.
- Bernard, A. L., Prince, A., & Edsal, P. (2000). Quality of life issues for fibromyalgia patients. *Arthritis Care and Research, 13* (1), 42-50.
- Bergman S. (2005). Psychosocial aspects of chronic widespread pain and fibromyalgia. *Disabil Rehabil, 27*, 675-683.
- Birtane, M., Uzunca, K., Taştekin, N., & Tuna, H. (2007). The evaluation of quality of life in fibromyalgia syndrome: A comparison with rheumatoid arthritis by using SF-36 Health Survey. *Clin Rheumatol, 26*, 679-684.
- Black, T. R. (1999). *Doing quantitative research in the social sciences (An integrated approach to research design, measurement and statistics)*. London: Sage Publications.
- Blasco Claros, L., Mallo Caño, M., Mencía Presa, A., Franch Barceló, J., Casaus Satamán, P., Peña Roca, J., Labad Alquezar, A., Gutiérrez-Zotes, J. A., & Jarrod Pàmias, M. (2006). Perfiles clínicos en

pacientes con fibromialgia que acuden a un centro de salud mental: Obtención de un índice predictivo de gravedad psicopatológica. *Actas Esp Psiquiatr*, 34 (2), 112-122.

Blotman, F., & Branco, J. (2007). *Fibromyalgia: Daily aches and pain*. Toulouse: Éditions Privat.

Blumer, D., & Heilbronn, M. (1982). Chronic pain as a variant of depressive disease: The pain prone disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 170, 381-406.

Boisset-Pioro, M. H., Esdaile, E. M., & Fitzcharles, M. A. (1995). Sexual and physical abuse in women with fibromyalgia syndrome. *Arthritis Rheum*, 38, 235-241.

Branco, J., Bannwarth, B., Failde, I., Carbonell, J. A., Blotman, F., Spaeth, M., Saraiva, F., Nacci, F., Thomas, E., Caubère, J.-P., Le Lay, K., Taieb, C., & Matucci-Cerinic, M. (2010). Prevalence of fibromyalgia: A survey in five european countries. *Semin Arthritis Rheum*, 39 (6), 448-453.

Brás, M. (2008). *Acontecimentos de vida negativos, padrões de vinculação e ideação suicida*. Dissertação de Mestrado em Psicologia (Especialização em Psicologia da Saúde) apresentada à Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade do Algarve.

Brás, M., & Cruz, J. P. (2008). Inventário de Acontecimentos de Vida Negativos (IAV_N) – Construção e Validação numa População Adulta. In C. Machado, L. Almeida, & M. Gonçalves. *Actas do XIII Conferência Internacional – Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*. Braga: Universidade do Minho.

Burckhardt, C. S., Clark, S. R., & Bennett, R. M. (1991). The Fibromyalgia Impact Questionnaire: Development and validation. *Journal of Rheumatology*, 18, 728-734.

Burckhardt, C. S., Clark, S. R., & Bennett, R. M. (1993). Fibromyalgia and quality of life: A comparative study. *J Rheumatol*, 20, 475-479.

Burwinkle, T., Robinson, J. P., & Turk, D. C. (2005). Fear of movement: Factor structure of the Tampa Scale of Kinesiophobia in patients with fibromyalgia syndrome. *The Journal of Pain*, 6 (6), 384-391.

Buskila, D., & Cohen, H. (2007). Comorbidity of fibromyalgia and psychiatric disorders. *Current Pain and Headache Reports, 11*, 333-338.

Buskila, D., Neumann, L., Vaisberg, G., Alkalay, D., & Wolfe, F. (1997). Increased rates of fibromyalgia following cervical spine injury: A controlled study of 161 cases of traumatic injury. *Arthritis & Rheumatism, 40* (3), 446-452.

Buskila, D., Neumann, L., Alhoashle, A., & Abu-Shakra et al., M. (2000). Fibromyalgia syndrome in men. *Semin Arthritis Rheum, 30*, 47-51.

Buskila, D., Neumann, L., Odes, L. R., Schleifer, E., Depsames, R., & Abu-Shakra, M. (2001). The prevalence of musculoskeletal pain and fibromyalgia in patients hospitalized on internal medicine wards. *Sem Arthritis Rheum, 30*, 411-417.

Carvalho Teixeira, J. A. (2004). Psicologia da saúde. *Análise Psicológica, 3* (22), 441-448.

Carvalho Teixeira, J. A. (2008). Psicologia da saúde crítica: Breve revisão e perspectiva existencialista. *Análise Psicológica, 2* (26), 335-345.

Castro, I., Barrantes, F., Tuna, M., Cabrera, G., Garcia, C., Recinos, M., Espinoza, L. R., & Garcia-Kutzbach, A. (2005). Prevalence of abuse in fibromyalgia and other rheumatic disorders at a specialized clinic in rheumatic diseases in Guatemala City. *J Clin Rheumatol, 11* (3), 140-145.

Cavalcante, A. B., Sauer, J. F., Chalot, S. D., Assumpção, A., Lage, L. V., Matsutani, L. A., & Marques, A. P. (2006). The prevalence of fibromyalgia: A literature review. *Rev Bras Reumatol, 46* (1), 40-48.

Ciapparelli, A., Bazzichi, L., Consoli, G., Marazziti, D., Dell' Oso, M. C., Del Debbio, A., Conversano, C., Paggini, R., Massimetti, G., Carmassi, C., Bombardieri, S. (2008). The impact of psychiatric comorbidity on health-related quality of life in women with fibromyalgia. *Clinical Neuropsychiatry, 5* (5), 217-224.

Ciccone, D. S., & Natelson, B. H. (2003). Comorbid illness in women with chronic fatigue syndrome: A test of the single syndrome hypothesis. *Psychosomatic Medicine, 65*, 268-275.

Ciccione, D. S., Elliott, D. K., Chandler, H. K., Nayak, S., & Raphael, K. G. (2005). Sexual and physical abuse in women with fibromyalgia syndrome: A test of the trauma hypothesis. *Clin J Pain, 21* (5), 378-386.

Clauw, D. J., & Williams, D. A. (2002). The relationship between stress and pain in work-related upper extremity disorders: the hidden role of chronic multisymptom illnesses. *Am J Ind Med, 41*, 370-382.

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. New Jersey: Lawrence Erlbaum.

Cohen, H., Neumann, L., Haiman, Y., Matar, M. A., Press, J., & Buskila, D. (2002). Prevalence of post-traumatic stress disorder in fibromyalgia patients: Overlapping syndromes or post-traumatic fibromyalgia syndrome? *Semin Arthritis Rheum, 32*, 38-50.

Correia, E. (2006). Uma visão fenomenológica-existencial em psicologia da saúde?! *Análise Psicológica, 3* (24), 337-341.

Cronan, T. A., Serber, E. R., Walen, H. R. (2002). Psychosocial predictors of health status and health care costs among people with fibromyalgia. *Anxiety, Stress and Coping, 15* (3), 261-274.

Currey, S. S., Rao, J. K., WinWeld, J. B., & Callahan, L. F. (2003). Performance of a generic health-related quality of life measure in a clinical population with rheumatic disease. *Arthritis Rheum 49*, 658-664.

Da Costa, D., Dobkin, P. L., Fitzcharles, M. A., Fortin, P. R., Beaulieu, A., Zummer, M., Senécal, J. L., Goulet, J. R., Rich, E., Choquette, D., & Clarke, A. E. (2000). Determinants of health status in fibromyalgia: A comparative study with systemic lupus erythematosus. *J Rheumatol, 27* (2), 365-372.

Davis, M., Zautra, A., & Reich, J. (2001). Vulnerability to stress among women in chronic pain from fibromyalgia and osteoarthritis. *Annals of Behavioral Medicine, 23*, 215-226.

Dong, M., Anda, R. F., Dube, S. R., Giles, W. H., & Felitti, V. J. (2003). The relationship of exposure to childhood sexual abuse to other forms of abuse, neglect, and household dysfunction during childhood. *Child Abuse & Neglect*, 27, 625-639.

Ehrlich, G. E. (2003a). Pain is real; fibromyalgia isn't. *J Rheumatol*, 30, 1666-1667.

Ehrlich, G. E. (2003b). Fibromyalgia: A virtual disease. *Clin Rheumatol*, 22, 8-11.

Ehrlich, G. E. (2003c). Fibromyalgia: When it shouldn't be diagnosed. *Clin Rheumatol*, 22, 259.

Eich, W., Hartmann, M., Müller, A., & Fischer, H. (2000). The role of psychosocial factors in fibromyalgia syndrome. *Scandinavian Journal of Rheumatology*, 29, 130-131.

Endresen, G. K. M. (2007). Fibromyalgia: A rheumatologic diagnosis? *Rheumatology International*, 27, 999-1004.

Epstein, S. A., Kay, G., Clauw, D., Heaton, R., Klein, D., Krupp, L., Kuck, J., Leslie, V., Masur, D., Wagner, M., Waid, R., Zisook, S. (1999). Psychiatric disorders in patients with fibromyalgia – A multicenter investigation. *Psychosomatics*, 40, 57-63.

Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *Am J Prev Med*, 14, 245-258.

Ferreira, P. L. (1998). *A medição do estado de saúde: Criação da versão portuguesa do MOS SF-36*. Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra.

Ferreira, P. L. (2000a). Criação da versão portuguesa do MOS SF-36. Parte I: Adaptação cultural e linguística. *Acta Médica Portuguesa*, 13, 55-66.

Ferreira, P. L. (2000b). Criação da versão portuguesa do MOS SF-36. Parte II: Testes de validação. *Acta Médica Portuguesa*, 13, 119-127.

- Ferreira, P. L., & Santana, P. (2003). Percepção do estado de saúde e de qualidade de vida da população activa: Contributo para a definição de normas portuguesas. *Revista Portuguesa de Saúde Pública, 21* (2), 15-30.
- Fietta, P., Fietta, P., & Manganelli, P. (2007). Fibromyalgia and psychiatric disorders. *Acta Biomed, 78*, 88-95.
- Finestone, H. M., Stenn, P., Davies, F., Stalker, C., Fry, R., & Koumanis, J. (2000). Chronic pain and health care utilization in women with a history of childhood sexual abuse. *Child Abuse & Neglect, 24* (4), 547-556.
- Furlong, L. V., Zautra, A., Puente, C. P., López-López, A., & Paloma, B. V. (2010). Cognitive-affective assets and vulnerabilities: Two factors influencing adaptation to fibromyalgia. *Psychology & Health, 25* (2), 197-212.
- Gatchel, R. J., Peng, Y. B., Peters, M. L., Fuchs, P. N., & Turk, D. C. (2007). The biopsychosocial approach to chronic pain: Scientific advances and future directions. *Psychological Bulletin, 133* (4), 581-624.
- Giesecke, T., Williams, D. A., Harris, R. E., Cupps, T. R., Tian, X., Tian, T. X., Gracely, R. H., Clauw, D. J. (2003). Subgrouping of fibromyalgia patients on the basis of pressure pain thresholds and psychological factors. *Arthritis Rheum, 48* (10), 2916-2922.
- Giesecke, T., Gracely, R. H., Williams, D. A., Geisser, M. E., Petzke, F. W., & Clauw, D. J. (2005). The relationship between depression, clinical pain, and experimental pain in a chronic pain cohort. *Arthritis Rheum, 52* (5), 1577-1584.
- Goldenberg, D. L. (1999). Fibromyalgia syndrome a decade later: What have we learned? *Archives of Internal Medicine, 159*, 777-785.
- Goldenberg, D. L. (2004). Fibromyalgia: To diagnose or not. Is that still the question? *J Rheumatol, 31*, 633-635.

- Goldenberg, D. L., Sandhu, H. S. (2002). Fibromyalgia and posttraumatic stress syndrome: Another piece in the biopsychosocial puzzle. *Semin Arthritis Rheum*, 32, 1-2.
- Goldberg, R., Pachas, W. N., & Keith, D. (1999). Relationship between traumatic events in childhood and chronic pain. *Disability and Rehabilitation*, 21 (1), 23-30.
- Goldberg, R., & Goldstein, R. (2000). A comparison of chronic pain patients and controls on traumatic events in childhood. *Disability and Rehabilitation*, 22 (17), 756-763.
- Gonçalves, M. (2003). *Psicoterapia, uma arte retórica: Contributos das terapias narrativas*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Gonçalves, O. F. (2002). *Viver Narrativamente – A psicoterapia como adjectivação da experiência* (2.^a ed.). Coimbra: Quarteto Editora.
- Gormsen, L., Rosenberg, R., Bach, F. W., & Jensen, T. S. (2010). Depression, anxiety, health-related quality of life and pain in patients with chronic fibromyalgia and neuropathic pain. *European Journal of Pain*, 14, 1271-1278.
- Goubert, L., Crombez, G., Van Damme, S., Vlaeyen, J. W. S., Bijttebier, P., & Roelofs, J. (2004). Confirmatory factor analysis of the Tampa Scale for Kinesiophobia: Invariant two-factor model across low back pain patients and fibromyalgia patients. *Clin J Pain*, 20, 103-110.
- Govender, C., Cassimjee, N., Schoeman, J., & Meyer, H. (2009). Psychological characteristics of FMS patients. *Scand J Caring Sci*, 23, 76–83.
- Groth-Marnat, G. (2003). *Handbook of psychological assessment* (4.^a ed.). New Jersey: John Wiley & Sons.
- Gupta, A., & Silman, A. J. (2004). Psychological stress and fibromyalgia: A review of the evidence suggesting a neuroendocrine link. *Arthritis Research and Therapy*, 6, 98-106.
- Hallberg, L., & Carlsson, S. (1998). Psychosocial vulnerability and maintaining forces related to fibromyalgia., *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 12 (2), 95-103.

- Hallberg, L., & Carlsson, S. (2000). Coping with fibromyalgia: A qualitative study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 14, 29-36.
- Hamilton, N. A., Karoly, P., & Zautra, A. J. (2005). Health goal cognition and adjustment in women with fibromyalgia. *Journal of Behavioral Medicine*, 28 (5), 455-466.
- Haug, T., Mykletun, A., & Dahl, A. (2004). The association between anxiety, depression, and somatic symptoms in a large population: The Hunt-II study. *Psychosomatic Medicine*, 66, 845-851.
- Hazemeijer, I., & Rasker, J. J. (2003). Fibromyalgia and the therapeutic domain. A philosophical study on the origins of fibromyalgia in a specific social setting. *Rheumatology*, 42, 507-515.
- Henningsen, P., Zimmerman, T., & Sattel, H. (2003). Medically unexplained physical symptoms, anxiety, and depression: A meta-analytic review. *Psychosomatic Medicine*, 65, 528-533.
- Henriksson, K. G. (2003). Fibromyalgia – From syndrome to disease. Overview of pathogenetic mechanisms. *J Rehabil Med*, 35 (Suppl 41), 89-94.
- Hoffman, D. L. & Dukes, E. M. (2008). The health status burden of people with fibromyalgia: A review of studies that assessed health status with the SF-36 or the SF-12. *Int J Clin Pract*, 62 (1), 115-126.
- Hudson, J. I., Hudson, M. S., Pliner, L. F., Goldenberg, D. L., & Pope, H. G. (1985). Fibromyalgia and major affective disorder: A controlled phenomenology and family history study. *Am J Psychiatry*, 142, 441-446.
- Hudson, J. I., Goldenberg, D. L., Pope, H. G., Keck, P. E., Schlesinger, L. (1992). Comorbidity of fibromyalgia with medical and psychiatric disorders. *Am J Med*, 92, 363-367.
- Hudson, J. I., & Pope, H. G. (1989). Fibromyalgia and psychopathology: Is fibromyalgia a form of “affective spectrum disorder”? *J Rheumatol*, 16 (19), 15-22.

- Hudson, J. I., & Pope, H. G. (1990). Affective spectrum disorder: Does antidepressant response identify a family of disorders with a common pathophysiology? *Am J Psychiatry*, *147*, 552-564.
- Hudson, J. I., & Pope, H. G. (1994). The concept of affective spectrum disorder: Relationship to fibromyalgia and other syndromes of chronic fatigue and chronic muscle pain. *Baillieres Clin Rheumatol*, *8*, 839-856.
- Hudson J. I., & Pope, H. G. (1995). Does childhood sexual abuse cause fibromyalgia? *Arthritis Rheum*, *38*, 161-163.
- Hudson, J. I., & Pope, H. G. (1996). The relationship between fibromyalgia and major depressive disorder. *Rheum Dis Clin North Am*, *22* (2), 285-303.
- Hudson, J. I., Mangweth, B., Pope, H. G., De Col, C., Hausmann, A., Gutweniger, S., Laird, N. M., Biebl, W., & Tsuang, M. T. (2003). Family study of affective spectrum disorder. *Arch Gen Psychiatry*, *60*, 170-177.
- Hudson, J. I., Arnold, L. M., Keck, P. E., Auchenbach, M. B., & Pope, H. G. (2004). Family study of fibromyalgia and affective spectrum disorder. *Biol Psychiatry*, *56*, 884-891.
- Imbierowicz, K., & Egle, U. (2003). Childhood adversities in patients with fibromyalgia and somatoform pain disorder. *European Journal of Pain*, *7*, 113-119.
- Ingram, R. E., & Luxton, D. D. (2005). Vulnerability-stress models. In Benjamin L. Hankin, & J. R. Z. Abela (Eds.), *Development of psychopathology: A vulnerability-stress perspective*. USA: Sage Publications.
- Johnston, L. G., & Sabin, K. (2010). Sampling hard-to-reach populations with respondent driven sampling. *Methodological Innovations Online*, *5* (2), 38-48.
- Kanaan, R., Lepine, J. P., & Wessely, S. (2007). The association or otherwise of the functional somatic syndromes. *Psychosomatic Medicine*, *69*, 855-859.

- Kaplan, R. M., Schmidt, S. M., & Cronan, T. A. (2000). Quality of well being in fibromyalgia. *J Rheumatol*, 27, 785-789.
- Kashikar-Zuck, S., Lynch, A. M., Graham, T. B., Swain, N. F., Mullen, S. M., & Noll, R. B. (2007). Social functioning and peer relationships of adolescents with juvenile fibromyalgia syndrome. *Arthritis & Rheumatism*, 57 (3), 474-480.
- Kirmayer, L. J., Robbins, J. M., & Kapusta, M. A. (1988). Somatization and depression in fibromyalgia syndrome. *Am J Psychiatry*, 145, 950-954.
- Lawrence, R. C., Helmick, C. G., Arnett, F. C., Deyo, R. A., Felson, D. T., Giannini, E. H., Heyse, S. P., Hirsch, R., Hochberg, M. C., Hunder, G. G., Liang, M. H, Pillemer, S. R., Steen, V. D., & Wolfe, F. (1998). Estimates of the prevalence of arthritis and selected musculoskeletal disorders in the United States. *Arthritis Rheum*, 41 (5), 778-799.
- Linares, M. C., Ruiz-Pérez, I., Pérez, M. J. Labry-Lima, A., Hernández-Torres, E., & Plazaola-Castaño, J. (2008). Analysis of the impact of fibromyalgia on quality of life: associated factors. *Clin Rheumatol*, 27, 613-619.
- Lyons, A. C., & Chamberlain, K. (2006). *Health psychology: A critical introduction*. New York: Cambridge University Press.
- Mahoney, M. J. (2003). *Constructive psychotherapy: A practical guide*. New York: The Guilford Press.
- Malt, E. A., Berle, J. E., Olafsson, S., Lund, A., & Ursin, H. (2000). Fibromyalgia is associated with panic disorder and functional dyspepsia with mood disorders. A study of women with random sample population controls. *Journal of Psychosomatic Research*, 49, 285-289.
- Mayou, R., Kirmayer, L. J., Simon, G., Kroenke, K., & Sharpe, M. (2005). Somatoform disorders: Time for a new approach in DSM-V. *Am J Psychiatry*, 162 (5), 847-855.

- McBeth, J., Macfarlane, G., Benjamin, S., Morris, S., & Silman, A. (1999). The association between tender points, psychological distress, and adverse childhood experiences. *Arthritis and Rheumatism*, *42*, 1397-1404.
- McBeth, J. & Silman, A. J. (2001). The role of psychiatric disorders in fibromyalgia. *Curr Rheumatol Rep*, *3*, 157-164.
- McLean, S. A., Clauw, D. J., Abelson, J. L., Liberzon, I. (2005). The development of persistent pain and psychological morbidity after motor vehicle collision: Integrating the potential role of stress response systems into a biopsychosocial model. *Psychosomatic Medicine*, *67*, 783-790.
- Meneses, R. F., Pais Ribeiro, J. L., & Martins da Silva, A. (2002). Revisão da literatura sobre avaliação de qualidade de vida (QDV) de adultos com epilepsia. II – Facilidades na abordagem do tema. *Psicologia, Saúde & Doenças*, *3* (2), 119-139.
- Mikail, S. F., Henderson, P. R., & Tasca, G. A. (1994). An interpersonally based model of chronic pain: An application of attachment theory. *Clinical Psychology Review*, *14*, 1-16.
- Mira, A. P., Roig, S. L., Marín, J. R., & Quilis, V. J. (1995). Evolución en el estudio de la relación entre factores psicológicos y fibromialgia. *Psicothema*, *7*, 627-639.
- Monroe, S. M., & Simons, A. D. (1991). Diathesis-stress theories in the context of life stress research: Implications for the depressive disorders. *Psychological Bulletin*, *110* (3), 406-425.
- Müller, W., Schneider, M., Joos, T., Hsu, H. Y., & Stratz, T. (2007). Subgroups of fibromyalgia. *Schmerz*, *21* (5), 424-429.
- Neumann, L., Berzak, A., & Buskila, D. (2000). Measuring health status in israeli patients with fibromyalgia syndrome and widespread pain and healthy individuals: Utility of the Short Form 36-Item Health Survey (SF-36). *Semin Arthritis Rheum*, *29*, 400-408.
- Neumann, L., & Buskila, D. (2003). Epidemiology of fibromyalgia. *Current Pain and Headache Reports*, *7*, 362-368.

- Nordahl, H. M., & Stiles, T. C. (2007). Personality styles in patients with fibromyalgia, major depression and healthy controls. *Annals of General Psychiatry, 6*, 1-6.
- Ofluoglu, D., Berker, N., Güven, Z., Canbulat, N., Yilmaz, I. T., & Kayhan, O. (2005). Quality of life in patients with fibromyalgia syndrome and rheumatoid arthritis. *Clin Rheumatol, 24*, 490-492.
- Ogden, J. (1999). *Psicologia da saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Oliveira, P., Monteiro, P., Coutinho, M., Salvador, M. J., Costa, M. E., Malcata, A. (2009). Qualidade de vida e vivência da dor crónica nas doenças reumáticas. *Acta Reumatol Port, 34*, 511-519.
- Oswald, J., Salemi, S., Michel, B. A., & Sprott, H. (2008). Use of the Short-Form-36 Health Survey to detect a subgroup of fibromyalgia patients with psychological dysfunction. *Clin Rheumatol, 27*, 919-921.
- Pae, C.-U., Luyten, P., Marks, D. M., Han, C., Park, S.-H., Patkar, A. A., Masand, P. S., & Van Houdenhove, B. (2008). The relationship between fibromyalgia and major depressive disorder: A comprehensive review. *Current Medical Research and Opinion, 24* (8), 2359-2371.
- Pae, C. -U., Masand, P. S., Marks, D. M., Krulewicz, S., Han, C., Peindl, K., Mannelli, P., & Patkar, A. A. (2009). History of early abuse as a predictor of treatment response in patients with fibromyalgia: a post-hoc analysis of a 12-week, randomized, double-blind, placebo-controlled trial of paroxetine controlled release. *World J Biol Psychiatry, 10*, 435-441.
- Pagano, T., Matsutani, L. A., Ferreira, E. A., Marques, A. P., & Pereira, C. A. (2004). Assessment of anxiety and quality of life in fibromyalgia patients. *São Paulo Med J, 122* (6), 252-258.
- Pais Ribeiro, J. L., Honrado, A., & Leal, I. (2004a). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças, 5* (2), 229-239.
- Pais Ribeiro, J. L., Honrado, A., & Leal, I. (2004b). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de depressão, ansiedade e stress de Lovibond e Lovibond. *Psychologica, 36*, 235-246.

- Pais Ribeiro, J. L. (2005). *Introdução à psicologia da saúde*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Pais Ribeiro, J. L. (2007). *Avaliação em psicologia da saúde: Instrumentos publicados em português*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Pais Ribeiro, J. L. (2008). *Metodologia de investigação em psicologia e saúde*. Porto: Legis Editora.
- Pais Ribeiro, J. L. (2009). A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde. In J. P. Cruz, S. N. Jesus, & C. Nunes (Coord.). *Bem-estar e qualidade de vida: Contributos da psicologia da saúde* (pp. 30-49). Alcochete: Textiverso.
- Paras, M. L., Murad, M. H., Chen, L. P., Goranson, E. N., Sattler, A. L., Colbenson, K. M., Elamin, M. B., Seime, R., J., Prokop, L. J., & Zirakzadeh, A. (2009). Sexual abuse and lifetime diagnosis of somatic disorders: A systematic review and meta-analysis. *JAMA*, *302* (5), 550-561.
- Paul, C. & Fonseca, M. A. (2001). *Psicossociologia da saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Peveler, R., Kilkenny, L., & Kinmonth, A. (1997). Medically unexplained physical symptoms in primary care: A comparison of self-report screening questionnaires and clinical opinion. *J Psychosom Res*, *42*, 245-253.
- Picavet, H. S., & Hoeymans, N. (2004). Health related quality of life in multiple musculoskeletal diseases: SF-36 and EQ-5D in the DMC3 study. *Ann Rheum Dis*, *63*, 723-729.
- Quartilho, M. J. (1999). *Fibromialgia e somatização*. Dissertação de Doutoramento apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.
- Quartilho, M. J. (2004). Fibromialgia: Consenso e controvérsia. *Acta Reum Port*, *29*, 111-129.
- Quintner, J. L., & Cohen, M. L. (1999). Fibromyalgia falls foul of a fallacy. *Lancet*, *353*, 1092-1094.
- Raphael, K. G. (1987). Recall bias: A proposal for assessment and control. *International Journal of Epidemiology*, *16* (2), 167-170.

- Raphael, K. G., & Cloitre, M. (1994). Does mood-congruence or causal search govern recall bias? A test of life event recall. *J Clin Epidemiol*, *47*, 555-564.
- Raphael, K. G., Widom, C. S., & Lange, G. (2001). Childhood victimization and pain in adulthood: A prospective investigation. *Pain*, *92*, 283-293.
- Raphael, K. G., Natelson, B. H., Janal, M. N., & Nayak, S. (2002). A community based survey of fibromyalgia-like pain complaints following the World Trade Center terrorist attacks. *Pain*, *100*, 131-139.
- Raphael, K. G., Chandler, H. K., & Ciccone, D. S. (2004a). Is childhood abuse a risk factor for chronic pain in adulthood? *Current Pain and Headache Reports*, *8*, 99-110.
- Raphael, K. G., Janal, M. N., & Nayak, S. (2004b). Comorbidity of fibromyalgia and posttraumatic stress disorder symptoms in a community sample of women. *Pain Med*, *5* (1), 33-41.
- Raphael, K. G., Janal, M. N., Nayak, S., Schwartz, J., & Gallagher, R. (2004c). Familial aggregation of depression in fibromyalgia: A community-based test of alternate hypotheses. *Pain*, *110*, 449-460.
- Raphael, K. G. (2006). Fibromyalgia syndrome: A role for sexual abuse and other traumatic events? *Primary Psychiatry*, *13*, 61-65.
- Raphael, K. G., Janal, M. N., Nayak, S., Schwartz, J. E., & Gallagher, R. M. (2006). Psychiatric comorbidities in a community sample of women with fibromyalgia. *Pain*, *124*, 117-125.
- Rehm, S. E., Koroschetz, J., Gockel, U., Brosz, M., Freynhagen, R., Tölle, T. R., & Baron, R. (2010). A cross-sectional survey of 3035 patients with fibromyalgia: Subgroups of patients with typical comorbidities and sensory symptom profiles. *Rheumatology*, *49* (6), 1146-1152.
- Reisine, S., Fifield, J., Walsh, S., & Dauser, D. (2004). Employment and quality of life outcomes among women with fibromyalgia compared to healthy controls. *Women Health*, *39* (4), 1-19.

- Reynolds, W. M. (2000). *Adolescent Psychopathology Scale-Short Form: Professional Manual*. Lutz, FL: Psychological Assessment Resources.
- Rosado, M. L., Pereira, J. P., Fonseca, J. P., & Branco, J. C. (2006). Adaptação cultural e validação do «Fibromyalgia Impact Questionnaire» – Versão portuguesa. *Acta Reum Port*, 31, 157-165.
- Roy-Byrne, P., Smith, W. R., Goldberg, J., Afari, N., & Buchwald, D. (2004). Posttraumatic stress disorder among patients with chronic pain and chronic fatigue. *Psychol Med*, 34, 363-368.
- Russell, I. J., & Raphael, K. (2008). Fibromyalgia syndrome: Presentation, diagnosis, differential diagnosis, and vulnerability. *Primary Psychiatry*, 15 (Suppl 2), 6-11.
- Salit, I. E. (1997). Precipitating factors for the chronic fatigue syndrome. *J Psychiat Res*, 31 (1), 59-65.
- Santos, A. M. B., Assumpção, A., Matsutani, L. A., Pereira, C. A., Lage, L. V., & Marques, A. P. (2006). Depressão e qualidade de vida em pacientes com fibromialgia. *Rev bras fisioter*, 10 (3), 317-324.
- Schleicher, H., Alonso, C., Shirtcliff, E. A., Muller, D., Loevinger, B. L., Coe, C. L. (2005). In the face of pain: The relationship between psychological well-being and disability in women with fibromyalgia. *Psychother Psychosom*, 74, 231-239.
- Schlenk, E. A., Erlen, J. A., Dunbar-Jacob, J., McDowell, J., Engberg, S., Sereika, S. M., Rohay, J. M., & Bernier, M. J. (1998). Health-related quality of life in chronic disorders: A comparison across studies using the MOS SF-36. *Quality of Life Research*, 7, 57-65.
- Schoofs, N., Bambini, D., Ronning, P., Bielak, E., & Woehl, J. (2004). Death of a lifestyle: The effects of social support and healthcare support on the quality of life of persons with fibromyalgia and/or chronic fatigue syndrome. *Orthopaedic Nursing*, 23 (6), 364-374.
- Severo, M., Santos, A., Lopes, C., & Barros, H. (2006). Fiabilidade e validade dos conceitos teóricos das dimensões de saúde física e mental da versão portuguesa do MOS SF-36. *Acta Médica Portuguesa*, 19, 281-288.

Shaver, P., & Rothbard, J. (1994). Continuity of attachment across the life span. In M. B. Sperling & W. H. Berman. *Attachment in adults: Clinical and developmental perspectives* (pp. 31-66). New York: The Guilford Press.

Sherman, J. J., Turk, D. C., & Okifuji, A. (2000). Prevalence and impact of posttraumatic stress disorder-like symptoms on patients with fibromyalgia syndrome. *Clin J Pain, 16*, 127-134.

Simões, M. (1994). *Investigação no âmbito da aferição nacional ao Teste das Matrizes Progressivas Coloridas de Raven (MPCR)*. Tese de Doutoramento em Psicologia (Especialização em Avaliação Psicológica) apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra (documento policopiado).

Soares, M. J., Gomes, A. A., Macedo, A. F., Santos, V., & Azevedo, M. H. (2003). Escala multidimensional de perfeccionismo: Adaptação à população portuguesa. *Revista Portuguesa de Psicossomática, 5* (1), 46-55.

Sroufe, L. A., Egeland, B., & Kreutzer, T. (1990). The fate of early experience following developmental change: Longitudinal approaches to individual adaptation in childhood. *Child Development, 61*, 1363-1373.

Stisi, S., Venditti, C., & Sarracco, I. (2008). Influenza dello stress nella fibromialgia. *Reumatismo, 60* (4), 274-281.

Tander, B., Cengiz, K., Alayli, G., Ğlhanli, A., Canbaz, S., & Canturk, F. (2008). A comparative evaluation of health related quality of life and depression in patients with fibromyalgia syndrome and rheumatoid arthritis. *Rheumatol Int, 28*, 859-865.

Taylor, M. L., Trotter, D. R., & Csuka, M. E. (1995). The prevalence of sexual abuse in women with fibromyalgia. *Arthritis Rheum, 38*, 229-234.

Tishler, M., Levy, O., Maslakov, I., Bar-Chaim, S., & Amit-Vazina, M. (2006). Neck injury and fibromyalgia – Are they really associated? *The Journal of Rheumatology, 33* (6), 1183-1185.

- Turk, D. C., & Flor, H. (1989). Primary fibromyalgia tender points: Toward a multiaxial taxonomy. *J Rheumatol*, *16*, 80-86.
- Turk, D. C., Okifuji, A., Sinclair, J. D., & Starz, T. W. (1996). Pain, disability and physical functioning in subgroups of patients with fibromyalgia. *J Rheumatol*, *23*, 1255-1262.
- Thieme, K., Turk, D. C., & Flor, H. (2004). Comorbid depression and anxiety in fibromyalgia syndrome: Relationship to somatic and psychosocial variables. *Psychosomatic Medicine*, *66*, 837-844.
- Turk, D. C. (2002). A diathesis-stress model of chronic pain and disability following traumatic injury. *Pain Res Manage*, *7* (1), 9-19.
- Turk, D., & Okifuji, A. (2002). Psychological factors in chronic pain: Evolution and revolution. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, *70* (3), 678-690.
- Thieme, K., & Turk, D. C. (2006). Heterogeneity of psychophysiological stress responses in fibromyalgia syndrome patients. *Arthritis Research & Therapy*, *8*, 1-10.
- Van Houdenhove, B. (2003). Fibromyalgia: A challenge for modern medicine. *Clin Rheumatol*, *22*, 1-5.
- Van Houdenhove, B., & Egle, U. T. (2004). Fibromyalgia: A stress disorder? – Piecing the biopsychosocial puzzle together. *Psychother Psychosom*, *73*, 267-275.
- Van Houdenhove, B., Egle, U., & Luyten, P. (2005). The role of life stress in fibromyalgia. *Current Rheumatology Reports*, *7*, 365-370.
- Van Houdenhove, B., & Luyten, P. (2006). Stress, depression and fibromyalgia. *Acta Neurol Belg*, *106*, 149-156.
- Van Houdenhove, B., Neerinckx, E., Lysens, R., Vertommen, H., Van Houdenhove, L., & Onghena, P. (2001a). Victimization in chronic fatigue syndrome and fibromyalgia in tertiary care: A controlled study on prevalence and characteristics. *Psychosomatics: Journal of Consultation Liaison Psychiatry*, *42*, 21-28.

Van Houdenhove, B., Neerinckx, E., Onghena, P., Lysens, R., & Vertommen, H. (2001b). Premorbid 'overactive' lifestyle in chronic fatigue syndrome and fibromyalgia. An etiological factor or proof of good citizenship? *J Psychosom Res*, *51*, 571-576.

Van Houdenhove, B., Neerinckx, E., Onghena, P., Vingerhoets, A., Lysens, R., & Vertommen, H. (2002). Daily hassles reported by chronic fatigue syndrome and fibromyalgia patients in tertiary care: A controlled quantitative and qualitative study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *71*, 207-213.

Van Wilgen, C. P., Bloten, H., & Oeseburg, B. (2007). Results of a multidisciplinary program for patients with fibromyalgia implemented in the primary care. *Disability & Rehabilitation*, *29* (15), 1207-1213.

Verbunt, J. A., Pernot, D., & Smeets, R. (2008). Disability and quality of life in patients with fibromyalgia. *Health and Quality of Life Outcomes*, *6*, 1-8.

Walen, H. R., Cronan, T. A., Serber, E. R., Groessl, E., & Oliver, K. (2002). Subgroups of fibromyalgia patients: Evidence for heterogeneity and an examination of differential effects following a community-based intervention. *Journal of Musculoskeletal Pain*, *10* (3), 9-32.

Walker, E. A., Keegan, D., Gardner, G., Sullivan, M., Katon, W. J., & Bernstein, D. (1997a). Psychosocial factors in fibromyalgia compared with rheumatoid arthritis: I. Psychiatric diagnoses and functional disability. *Psychosomatic Medicine*, *59*, 565-571.

Walker, E. A., Keegan, D., Gardner, G., Sullivan, M., Bernstein, D., & Katon, W. J. (1997b). Psychosocial factors in fibromyalgia compared with rheumatoid arthritis: II. Sexual, physical, and emotional abuse and neglect. *Psychosomatic Medicine*, *59*, 572-577.

Walker, J. G., & Littlejohn, G. O. (2007). Measuring quality of life in rheumatic conditions. *Clin Rheumatol*, *26*, 671-673.

Wallace, D. J., & Hallegua, D. S. (2001). Quality-of-life, legal-financial, and disability issues in fibromyalgia. *Current Pain and Headache Reports*, *5*, 313-319.

- Weissbecker, I., Floyd, A., Dedert, E., Salmon, P., & Sephton, S. (2006). Childhood trauma and diurnal cortisol disruption in fibromyalgia syndrome. *Psychoneuroendocrinology, 31*, 312-324.
- Wessely, S., Nimnuan, C., & Sharpe, M. (1999). Functional somatic syndromes: One or many? *Lancet, 354*, 936-939.
- Wessely, S., & White, P. D. (2004). There is only one functional somatic syndrome. *The British Journal of Psychiatry, 185*, 95-96.
- Wentz, K., Lindberg, C., & Hallberg, L. (2004). Psychological functioning in women with fibromyalgia: A grounded theory study. *Health Care for Women International, 25* (8), 702-729.
- White, C., & Schweitzer, R. (2000). The role of personality in the development and perpetuation of chronic fatigue syndrome. *Journal of Psychosomatic Research, 48*, 515-524.
- White, K. P., Carette, S., Harth, M., & Teasell, R. W. (2000). Trauma and fibromyalgia: Is there an association and what does it mean? *Semin Arthritis Rheum, 29*, 200-216.
- White, K. P., Nielson, W. R., Harth, M., Ostbye, T., & Speechley, M. (2002). Chronic widespread musculoskeletal pain with or without fibromyalgia: Psychological distress in a representative community adult sample. *J Rheumatol, 29*, 588-594.
- White, K. P., & Thompson, J. (2003). Fibromyalgia syndrome in an Amish community: A controlled study to determine disease and symptom prevalence. *J Rheumatol, 30*, 1835-1840.
- White, K. P., Speechley, M., Harth, M., & Ostbye, T. (1999). The London fibromyalgia epidemiology study: The prevalence of fibromyalgia syndrome in London, Ontario. *J Rheumatol, 26* (7), 1570-1576.
- Williams, D. A., Brown, S. C., Clauw, D. J., & Gendreau, R. M. (2003). Self-reported symptoms before and after September 11 in patients with fibromyalgia. *JAMA, 289*, 1637-1638.

Wolfe, F., Smythe, H. A., Yunus, M. B., Bennet, R. M., Bombardier, C., & Goldenberg, D. L. (1990). The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia. *Arthritis and Rheumatism*, 33, 160-172.

Wolfe, F. (1996). The fibromyalgia syndrome: A consensus report on fibromyalgia and disability. *Journal of Rheumatology*, 23, 534-539.

Wolfe, F., Clauw, D. J., Fitzcharles, M.-A., Goldenberg, D. L., Katz, R. S., Mease, P., Russell, A. S., Russell, I. J., Winfield, J. B., & Yunus, M. B. (2010). The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. *Arthritis Care & Research*, 62 (5), 600-610.

WHOQOL Group. (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and current status. *International Journal of Mental Health*, 23 (3), 24-56.

WHOQOL Group. (1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties. *Social Science & Medicine*, 46 (12), 1569-1585.

Yunus, M. B. (1994). Psychological aspects of fibromyalgia syndrome: A component of the dysfunctional spectrum syndrome. *Baillieres Clin Rheumatol*, 8, 811-837.

Yunus, M. B. (2000). Central sensitivity syndromes: a unified concept for fibromyalgia and other similar maladies. *J Indian Rheumatism Assoc*, 8, 27-33.

Yunus, M. B. (2007). Fibromyalgia and overlapping disorders: The unifying concept of central sensitivity syndromes. *Semin Arthritis Rheum*, 36 (6), 339-356.

Yunus, M. B. (2008). Central sensitivity syndromes: A new paradigm and group nosology for fibromyalgia and overlapping conditions, and the related issue of disease versus illness. *Semin Arthritis Rheum* 37, 339-352.

Zautra, A., Hamilton, N., & Burke, H. (1999). Comparison of stress responses in women with two types of chronic pain: Fibromyalgia and osteoarthritis. *Cognitive Therapy and Research*, 23 (2), 209-230.

ANEXOS

ANEXO A
CLASSIFICAÇÃO DO NÍVEL
SOCIOECONÓMICO (FONTE: SIMÕES, 1994)

Classificação do nível socioeconómico do agregado familiar (Simões, 1994)

NSE baixo - trabalhadores assalariados, por conta de outrem, trabalhadores não especializados da indústria e da construção civil, empregados de balcão no pequeno comércio, contínuos, cozinheiros, empregados de mesa; empregadas de limpeza, pescadores, rendeiros, trabalhadores agrícolas, vendedores ambulantes, trabalhadores especializados da indústria (mecânicos, electricistas), motoristas; até ao 8º ano de escolaridade obrigatória;

NSE médio - profissionais técnicos intermédios independentes, pescadores proprietários de embarcações; empregados de escritório, de seguros e bancários; agentes de segurança, contabilistas; enfermeiros, assistentes sociais; professores do ensino básico e secundário; comerciantes e industriais; do 9º ao 12º ano de escolaridade; cursos médios e superiores;

NSE elevado - grandes proprietários ou empresários agrícolas, do comércio e da indústria; quadros superiores da administração pública, do comércio, da indústria e de serviços, profissões liberais (gestores, médicos, magistrados, arquitectos, engenheiros, economistas, professores do ensino superior); artistas; oficiais superiores das forças militares e militarizadas; pilotos da aviação; do 4º ano de escolaridade (de modo a incluir grandes proprietários e empresários) à licenciatura, mestrado ou doutoramento.

ANEXO B
CONSENTIMIENTO INFORMADO

FIBROMIALGIA CONSENTIMENTO INFORMADO

[Cada participante deve receber, ler e compreender esta informação antes de decidir participar]

Este consentimento informado descreve a presente investigação de forma a ajudá-la a decidir se aceita participar na mesma.

ENQUADRAMENTO: Este estudo realiza-se no âmbito do mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde na Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade do Algarve.

RESPONSABILIDADE: Desenvolvido pelo mestrando Nuno Coelho de Sousa sob a orientação científica da Professora Doutora Ida Lemos, docente na referida Universidade.

OBJECTIVO GERAL: Compreender a influência de determinadas variáveis psicossociais no estado de saúde de mulheres com fibromialgia e comparar com outras populações clínicas.

IMPORTÂNCIA: Esta informação pode contribuir para uma melhor compreensão da história de vida dos pacientes com fibromialgia, alargando o conhecimento e as possibilidades de intervenção psicológica junto dos mesmos.

PÚBLICO-ALVO: Os presentes questionários dirigem-se a mulheres a quem foi diagnosticada fibromialgia por um médico. Se não se encontra nessas condições então não deve aceitar participar neste estudo.

PROCEDIMENTOS: Caso decida participar, terá apenas de preencher os quatro questionários que se seguem. Deve ter em consideração que não existem respostas certas ou erradas, sendo importante o grau de sinceridade na escolha da sua resposta. No fim de cada questionário certifique-se de que respondeu a todas as perguntas.

Antes de aceitar participar nesta investigação deve compreender que:

- ✓ A sua participação é voluntária e pode desistir em qualquer momento sem que isso tenha para si quaisquer consequências negativas;
- ✓ Não existe qualquer risco ou prejuízo para a sua saúde e bem-estar;
- ✓ Todos os dados fornecidos são confidenciais, sendo tratados estatisticamente e usados apenas para fins de investigação;
- ✓ Se tiver dúvidas pertinentes que não possam ser esclarecidas aquando da aplicação dos questionários, então não deve aceitar participar;
- ✓ Ao preencher os questionários estará a dar consentimento para a sua participação.

Assinale este espaço com uma cruz X se leu, compreendeu e concorda com o que lhe foi apresentado.

NOTA IMPORTANTE: A razão para não solicitarmos um consentimento assinado é garantir o anonimato das suas respostas, evitando assim a sua identificação.

ANEXO C
QUESTIONÁRIO
SÓCIO-DEMOGRÁFICO E CLÍNICO (QSDC)

FIBROMIALGIA

QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO E CLÍNICO (QSDC)

INSTRUÇÕES: Leia cuidadosamente as seguintes questões e, para cada uma delas, coloque uma cruz **X** na resposta que melhor representa a sua realidade. Por favor, responda a todas as questões.

INFORMAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA

1. Idade: _____ anos

2. Distrito de residência: _____

3. Estado civil:

Solteira

Casada

União de facto

Divorciada

Separada

Viúva

4. Nº de filhos: _____

5. Nº de pessoas do agregado familiar: _____

6. Habilitações literárias:

Sem estudos

1º Ciclo do ensino básico (4º ano)

2º Ciclo do ensino básico (6º ano)

3º Ciclo do ensino básico (9º ano)

Ensino secundário (12º ano) ou ensino profissional

Ensino superior (bacharelato, licenciatura ou mais)

7. Profissão: _____

8. Actual situação profissional:

Estudante

Empregada a tempo inteiro

Empregada a tempo parcial

Desempregada

Baixa médica

Reforma por velhice

Reforma por invalidez

Reforma antecipada

Outra. Qual? _____

INFORMAÇÃO CLÍNICA

9. Há quanto tempo, aproximadamente, lhe foi diagnosticada fibromialgia? _____

10. Quanto tempo decorreu entre o início dos sintomas e o diagnóstico? _____

11. Há algum acontecimento que identifique com o início dos sintomas? Sim Não

Se sim, qual ou quais? _____

Se não, houve algum acontecimento significativo durante o ano anterior? Qual ou quais? _____

12. Actualmente, sofre de outras doenças para além de fibromialgia? Sim Não

Se sim, qual ou quais? _____

13. Toma medicação para a fibromialgia? Sim Não

14. Faz psicoterapia? Sim Não

Individual (com psicoterapeuta, psicólogo ou psiquiatra)

Grupo de apoios ou de auto-ajuda

Se sim, especifique:

Há quanto tempo? _____

Há quanto tempo? _____

15. Pratica regularmente exercício físico sob orientação médica? Sim Não

16. Dispõe de amigos ou familiares a quem recorrer quando tem problemas? Sim Não

17. Costuma recorrer a essas pessoas quando tem problemas? Sim Não

18. Sente-se compreendida e aceita na sua doença pela maioria das pessoas? Sim Não

Por favor, verifique se respondeu a todas as perguntas

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO!

ANEXO D
ADAPTAÇÃO DO INVENTÁRIO DE
ACONTECIMENTOS DE VIDA NEGATIVOS (IAV_N)

IAV_N

[Adaptado de Brás e Cruz (2008) – Versão para investigação]

INSTRUÇÕES: Apresenta-se, de seguida, uma lista de acontecimentos de que pode ter sido alvo ao longo da sua vida e cujas consequências podem variar de indivíduo para indivíduo.

Assinale, de forma sincera, com uma cruz **X**, os acontecimentos que viveu durante a sua vida. Na coluna "FREQUÊNCIA" indique a frequência com que esses acontecimentos ocorreram. Na coluna "IMPACTO" caracterize o tipo e a intensidade do impacto/consequências que considera que os mesmos tiveram em si. Na coluna "PERÍODO" assinale a fase ou fases da sua vida em que esses acontecimentos ocorreram (caso estes se tenham repetido em diferentes fases, pode e deve assinalar mais do que um período).

Nunca deve responder nas linhas que estão a **sombreado** (categorias), mas sim nas seguintes (sub-categorias). Quando assinalar a frequência do acontecimento como "0 – Nunca", não é preciso assinalar o impacto e o período.

FREQUÊNCIA

0	1	2	3	4
Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes

IMPACTO/CONSEQUÊNCIAS

1	2	3	4	5
Nenhum	Negativo, mas também positivo	Ligeiramente negativo	Moderadamente negativo	Extremamente negativo

PERÍODO

< 12	12-18	> 18
Até aos 12 anos	Entre os 12 e os 18 anos	Mais de 18 anos

	FREQUÊNCIA					IMPACTO					PERÍODO		
	0	1	2	3	4	1	2	3	4	5	< 12	12-18	> 18
Separções de Pessoas Significativas													
1. Intermitentes (nem a presença, nem a ausência da pessoa significativa foram contínuas; ex., progenitor que só vinha a casa ao fim-de-semana)													
2. Prolongadas (superior a 3 meses; ex., progenitor emigrante)													
3. Definitivas (por abandono ou por morte)													
Negligência													
4. Negligência Física (recusa ou ineficácia em satisfazerem as suas necessidades de alimentação, vestuário, higiene, cuidados de saúde...)													

	FREQUÊNCIA					IMPACTO					PERÍODO		
	0	1	2	3	4	1	2	3	4	5	< 12	12-18	> 18
5. Negligência Psicológica (recusa ou ineficácia em lhe prestarem atenção, carinho ou protecção adequadas)													
Abuso Físico e Sexual													
6. Agressões Corporais Ligeiras (ex., palmadas)													
7. Agressões Corporais Moderadas (ex., murros, pontapés, cabeçadas, utilização de objectos)													
8. Agressões Corporais Severas (provocando marcas, sequelas ou traumatismos)													
9. Abusos Sexuais (ex., observação forçada de cenas sexuais; estimulação dos órgãos sexuais não desejada, relações sexuais forçadas, ...)													
Abuso Psicológico													
10. Depreciação (ter sido alvo de insultos por parte de outros que visavam diminuir o seu valor)													
11. Rejeição (ter sido vítima de resposta negativa, abandono ou frieza emocional quando era esperado o oposto)													
12. Humilhações (desvalorização e depreciação das características pessoais, normalmente em público)													
13. Punições Desproporcionadas (castigos demasiado severos face à situação que comprometiam o bem-estar psicológico. <u>Não inclui</u> situações de abuso físico)													
14. Exigências Desproporcionadas (ter sido alvo de expectativas elevadas e pressão psicológica, face a situações em que foi colocada sem estar preparada)													
15. Ameaças Verbais ou Escritas à Integridade Física e/ou Psicológica													
Ambiente Familiar Disfuncional													
16. Conflitos entre os familiares próximos (pais, irmãos...)													
17. Separações e/ou ameaças de separação dos pais ou cônjuges													

	FREQUÊNCIA					IMPACTO					PERÍODO		
	0	1	2	3	4	1	2	3	4	5	< 12	12-18	> 18
18. Abuso de substâncias (álcool, drogas) por parte dos pais ou dos cônjuges													
Condições de Vida Adversas													
19. Dificuldades económicas													
20. Problemas educacionais													
21. Mudança de residência													
22. Mudança de escola													
23. Habitação sem condições adequadas													
Problemas de Saúde													
24. Problemas de saúde físicos e/ou psicológicos (ex. depressão, perturbações de ansiedade) do próprio													
25. Problemas de saúde físicos e/ou psicológicos nos familiares próximos													

Por favor, verifique se respondeu a todas as perguntas

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO!

ANEXO E
ESCALAS DE ANSIEDADE,
DEPRESSÃO E STRESS (EADS-21)

EADS-21

[DASS: Lovibond e Lovibond (1995) | Versão portuguesa de Pais-Ribeiro, Honrado e Leal (2004)]

INSTRUÇÕES: Por favor, leia cada uma das afirmações abaixo e assinale 0, 1, 2 ou 3 com uma cruz **X** para indicar quanto cada afirmação se aplicou a si durante a semana passada. Não há respostas certas ou erradas. Não leve muito tempo a indicar a sua resposta em cada afirmação.

A classificação é a seguinte:

0	1	2	3
Não se aplicou nada a mim	Aplicou-se a mim algumas vezes	Aplicou-se a mim muitas vezes	Aplicou-se a mim a maior parte das vezes

1. Tive dificuldades em me acalmar.	0	1	2	3
2. Senti a minha boca seca.	0	1	2	3
3. Não consegui sentir nenhum sentimento positivo.	0	1	2	3
4. Senti dificuldades em respirar.	0	1	2	3
5. Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas.	0	1	2	3
6. Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações.	0	1	2	3
7. Senti tremores (por ex., nas mãos).	0	1	2	3
8. Senti que estava a utilizar muita energia nervosa.	0	1	2	3
9. Preocupe-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula.	0	1	2	3
10. Senti que não tinha nada a esperar do futuro.	0	1	2	3
11. Dei por mim a ficar agitada.	0	1	2	3
12. Senti dificuldade em me relaxar.	0	1	2	3
13. Senti-me desanimada e melancólica.	0	1	2	3
14. Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer.	0	1	2	3
15. Senti-me quase a entrar em pânico.	0	1	2	3
16. Não fui capaz de ter entusiasmo por nada.	0	1	2	3
17. Senti que não tinha muito valor como pessoa.	0	1	2	3
18. Senti que por vezes estava sensível.	0	1	2	3
19. Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico.	0	1	2	3
20. Senti-me assustada sem ter tido uma boa razão para isso.	0	1	2	3
21. Senti que a vida não tinha sentido.	0	1	2	3

Por favor, verifique se respondeu a todas as perguntas

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO!

ANEXO F
QUESTIONÁRIO
DE ESTADO DE SAÚDE (SF-36v2)

QUESTIONÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE (SF-36V2)

[Versão portuguesa de Ferreira e Santana (2003)]

INSTRUÇÕES: As questões que se seguem pedem-lhe opinião sobre a sua saúde, a forma como se sente e sobre a sua capacidade de desempenhar as actividades habituais.

Pedimos que leia com atenção cada pergunta e que responda o mais honestamente possível. Se não tiver a certeza sobre a resposta a dar, dê-nos a que achar mais apropriada e, se quiser, escreva um comentário a seguir à pergunta.

Para as perguntas 1 e 2, por favor, coloque uma cruz **X** no número que melhor descreve a sua saúde.

1. Em geral, diria que a sua saúde é:

Excelente	Muito boa	Boa	Razoável	Fraca
1	2	3	4	5

2. Comparando com o que acontecia há um ano, como descreve o seu estado geral actual:

Muito melhor	Com algumas melhoras	Aproximadamente igual	Um pouco pior	Muito pior
1	2	3	4	5

3. As perguntas que se seguem são sobre actividades que executa no seu dia-a-dia.

Será que a sua saúde a limita nestas actividades? Se sim, quanto?

(Por favor, assinale com uma cruz **X** um número em cada linha)

	Sim, muito limitada	Sim, um pouco limitada	Não, nada limitada
a) <u>Actividades violentas</u> , tais como correr, levantar pesos, participar em desportos extenuantes.	1	2	3
b) <u>Actividades moderadas</u> , tais como deslocar uma mesa ou aspirar a casa.	1	2	3
c) Levantar ou pegar nas compras de mercearia.	1	2	3
d) Subir <u>vários</u> lanços de escada.	1	2	3
e) Subir <u>um</u> lanço de escadas.	1	2	3
f) Inclinar-se, ajoelhar-se ou baixar-se.	1	2	3
g) Andar <u>mais de 1 km</u> .	1	2	3
h) Andar <u>várias centenas de metros</u> .	1	2	3
i) Andar <u>uma centena de metros</u> .	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se sozinha.	1	2	3

SF-36v2 © 1999 Quality Metric, Inc.

Versão Portuguesa © 1999 Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra.

4. Durante as últimas quatro semanas teve, no seu trabalho ou actividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir como consequência do seu estado de saúde físico?

Quanto tempo, nas últimas quatro semanas...	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a) Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou noutras actividades?	1	2	3	4	5
b) Fez menos do que queria?	1	2	3	4	5
c) Sentiu-se limitada no tipo de trabalho ou outras actividades?	1	2	3	4	5
d) Teve dificuldade em executar o seu trabalho ou outras actividades (por exemplo, foi preciso mais esforço)?	1	2	3	4	5

5. Durante as últimas quatro semanas teve, com o seu trabalho ou com as suas actividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir devido a quaisquer problemas emocionais (tal como sentir-se deprimida ou ansiosa)?

Quanto tempo, nas últimas quatro semanas...	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a) Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou noutras actividades?	1	2	3	4	5
b) Fez menos do que queria?	1	2	3	4	5
c) Executou o seu trabalho ou outras actividades menos cuidadosamente do que era costume?	1	2	3	4	5

Para cada uma das perguntas 6, 7 e 8, por favor, ponha uma cruz **X** no número que melhor descreve a sua saúde.

6. Durante as últimas quatro semanas, em que medida é que a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram no seu relacionamento social normal com a família, amigos, vizinhos ou outras pessoas?

Absolutamente nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso
1	2	3	4	5

7. Durante as últimas quatro semanas teve dores?

Nenhumas	Muito fracas	Ligeiras	Moderadas	Fortes	Muito fortes
1	2	3	4	5	6

8. Durante as últimas quatro semanas, de que forma é que a dor interferiu com o seu trabalho normal (tanto o trabalho fora de casa como o trabalho doméstico)?

Absolutamente nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso
1	2	3	4	5

9. As perguntas que se seguem pretendem avaliar a forma como se sentiu e como lhe correram as coisas nas últimas quatro semanas.

Para cada pergunta, coloque, por favor, uma cruz **X** no número que melhor descreve a forma como se sentiu. Certifique-se de que coloca uma cruz **X** em cada linha.

Quanto tempo, <u>nas últimas quatro semanas...</u>	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a) Se sentiu cheia de vitalidade?	1	2	3	4	5
b) Se sentiu muito nervosa?	1	2	3	4	5
c) Se sentiu tão deprimida que nada a animava?	1	2	3	4	5
d) Se sentiu calma e tranquila?	1	2	3	4	5
e) Se sentiu com muita energia?	1	2	3	4	5
f) Se sentiu deprimida?	1	2	3	4	5
g) Se sentiu estafada?	1	2	3	4	5
h) Se sentiu feliz?	1	2	3	4	5
i) Se sentiu cansada?	1	2	3	4	5

10. Durante as últimas quatro semanas, até que ponto é que a sua saúde física ou problemas emocionais limitaram a sua actividade social (tal como visitar amigos ou familiares próximos)?

Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
1	2	3	4	5

11. Por favor, diga em que medida são verdadeiras ou falsas as seguintes afirmações.
Ponha uma cruz **X** em cada linha.

	Absolutamente verdade	Verdade	Não sei	Falso	Absolutamente falso
a) Parece que adoço mais facilmente do que os outros.	1	2	3	4	5
b) Sou tão saudável como qualquer outra pessoa.	1	2	3	4	5
c) Estou convencida de que a minha saúde vai piorar.	1	2	3	4	5
d) A minha saúde é ótima.	1	2	3	4	5

Por favor, verifique se respondeu a todas as perguntas
OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO!

ANEXO G
AUTORIZAÇÃO PARA A
ADAPTAÇÃO E UTILIZAÇÃO DO IAV_N

Assunto: Autorização para a adaptação e utilização do IAV_N

Exma. Sra.

Dra. Marta Brás,

O meu nome é Nuno Coelho de Sousa e sou mestrando em Psicologia Clínica e da Saúde na Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade do Algarve. Neste momento, encontro-me a realizar uma dissertação de mestrado que aborda os acontecimentos de vida negativos na fibromialgia, sob a orientação científica da Professora Doutora Ida Lemos, docente na mesma Universidade.

Depois de num primeiro contacto informal ter solicitado a utilização do instrumento criado por si, conjuntamente com o Professor Doutor Pestana Cruz, venho por este meio apresentar-lhe o modelo adaptado do Inventário de Acontecimentos de Vida Negativos (IAV_N) depois das alterações que lhe comuniquei (em anexo). Em função do exposto, pretendia saber se concorda com as alterações realizadas ao instrumento e se permite a utilização do mesmo. Solicito simultaneamente, caso assim o entenda, que disponibilize informação respeitante à cotação e interpretação de resultados ou quaisquer outros artigos que considere pertinentes para a temática em questão.

Desde já agradeço a disponibilidade que possa demonstrar, aguardando por uma resposta, tão breve quanto possível, da sua parte. Caso entenda não responder a este pedido, partirei do princípio que anui à utilização do referido instrumento.

Com os melhores cumprimentos,

Nuno Coelho de Sousa

CONTACTOS:

Nuno Coelho de Sousa
Rua Dona Inês de Castro, 23
2735-283 Cacém
Telm: 917 412 787
E-mail: a27851@ualg.pt

ANEXO H
AUTORIZAÇÃO PARA A
UTILIZAÇÃO DAS EADS-21

Assunto: Autorização para a utilização da versão portuguesa da EADS-21

Exmo. Sr.

Professor Doutor José Luís Pais Ribeiro,

O meu nome é Nuno Coelho de Sousa e sou mestrando em Psicologia Clínica e da Saúde na Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade do Algarve. Neste momento, encontro-me a realizar uma dissertação de mestrado que aborda a psicopatologia na fibromialgia, sob a orientação científica da Professora Doutora Ida Lemos, docente na mesma Universidade.

Em função do exposto, venho por este meio solicitar autorização para a utilização da versão portuguesa das Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress de 21 itens (EADS-21) de Lovibond e Lovibond (1995), instrumento adaptado e validado por si, conjuntamente com outros colaboradores, para a população portuguesa. Solicito simultaneamente, caso assim o entenda, que disponibilize informação respeitante à cotação e interpretação de resultados ou quaisquer outros artigos que considere pertinentes para a temática em questão.

Desde já agradeço a disponibilidade que possa demonstrar, aguardando por uma resposta, tão breve quanto possível, da sua parte. Caso entenda não responder a este pedido, partirei do princípio que anui à utilização do referido instrumento.

Com os melhores cumprimentos,

Nuno Coelho de Sousa

CONTACTOS:

Nuno Coelho de Sousa
Rua Dona Inês de Castro, 23
2735-283 Cacém
Telm: 917 412 787
E-mail: a27851@ualg.pt

ANEXO I
AUTORIZAÇÃO PARA A
UTILIZAÇÃO DO SF-36V2

Assunto: Autorização para a utilização da versão portuguesa do SF-36v2

Exmo. Sr.

Professor Doutor Pedro Lopes Ferreira,

O meu nome é Nuno Coelho de Sousa e sou mestrando em Psicologia Clínica e da Saúde na Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade do Algarve. Neste momento, encontro-me a realizar uma dissertação de mestrado que aborda o estado de saúde na fibromialgia, sob a orientação científica da Professora Doutora Ida Lemos, docente na mesma Universidade.

Em função do exposto, venho por este meio solicitar autorização para a utilização da versão portuguesa do Questionário de Estado de Saúde (SF-36v2) de Ware, Snow, Kosinsky e Gandek (1993), instrumento adaptado e validado por si, conjuntamente com outros colaboradores, para a população portuguesa. Solicito simultaneamente, caso assim o entenda, que disponibilize informação respeitante à cotação e interpretação de resultados ou quaisquer outros artigos que considere pertinentes para a temática em questão.

Desde já agradeço a disponibilidade que possa demonstrar, aguardando por uma resposta, tão breve quanto possível, da sua parte. Caso entenda não responder a este pedido, partirei do princípio que anui à utilização do referido instrumento.

Com os melhores cumprimentos,

Nuno Coelho de Sousa

CONTACTOS:

Nuno Coelho de Sousa
Rua Dona Inês de Castro, 23
2735-283 Cacém
Telm: 917 412 787
E-mail: a27851@ualg.pt

ANEXO J
AUTORIZAÇÃO PARA A
RECOLHA DE DADOS (MYOS)

Lisboa, 22 de Abril de 2010

Exma. Sr.^a
Maria João Freire
Presidente da Direcção
MYOS

ASSUNTO: Autorização para recolha de dados no âmbito de dissertação de mestrado

Nuno Coelho de Sousa, mestrando em Psicologia Clínica e da Saúde na Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade do Algarve, vem por este meio solicitar autorização para a aplicação do protocolo de investigação em anexo a diversas associadas da MYOS, tendo em vista a recolha dos dados necessários à realização da dissertação do referido mestrado.

A tese em causa é orientada cientificamente pela Professora Doutora Ida Lemos, docente na mesma Universidade, e remete para o estudo dos acontecimentos de vida, da psicopatologia e do estado de saúde nesta população (por razões metodológicas, esta informação não deve ser comunicada aos participantes). De referir que o presente trabalho de investigação pode contribuir para uma melhor compreensão da história de vida dos pacientes com fibromialgia, alargando o conhecimento e as possibilidades de intervenção psicológica junto destes.

Os procedimentos de recolha de informação envolvem, tendencialmente e de acordo com a metodologia previamente definida, deslocações da minha parte a diversos espaços onde as vossas associadas possam ser entrevistadas individualmente. Dessa forma, verifica-se uma mais rápida aplicação dos mesmos e garante-se um contacto directo com essa população clínica, podendo também esclarecer-se possíveis dúvidas em relação a esta investigação. Naturalmente que esta opção está dependente do vosso consentimento, bem como da concordância das pacientes que pretendam participar nesta investigação. Em função do exposto, solicitava-lhe uma reunião tendo em vista o agilizar de todo estes processo e discutir alguns pormenores em relação ao mesmo.

Agradeço desde já toda a atenção que possa manifestar em relação ao assunto em epígrafe, ficando a aguardar por uma resposta da sua parte, tão breve quanto possível.

Com os melhores cumprimentos,

Nuno Coelho de Sousa

EM ANEXO: OS 4 QUESTIONÁRIOS E O CONSENTIMENTO INFORMADO.

CONTACTOS:

Nuno Coelho de Sousa
Rua Dona Inês de Castro, 23
2735-283 Cacém
Telm: 917 412 787
E-mail: a27851@ualg.pt

ANEXO K
RESULTADOS DO IAV_N
(FREQUÊNCIA)

Resultados do IAV_N (Frequência dos diversos tipos de acontecimentos)

Acontecimentos de vida negativos	M	DP	Amp
Separações de pessoas significativas			
1. Intermitentes	.70	1.22	0-4
2. Prolongadas (+ de 3 meses)	1.04	1.28	0-4
3. Definitivas (abandono ou morte)	1.34	.81	0-4
Negligência			
4. Física	.46	1.13	0-4
5. Psicológica	1.90	1.40	0-4
Abuso físico e sexual			
6. Agressões ligeiras	1.57	1.15	0-4
7. Agressões moderadas	.69	1.10	0-4
8. Agressões severas	.17	.59	0-3
9. Abusos sexuais	.26	.70	0-3
Abuso psicológico			
10. Depreciações	1.71	1.34	0-4
11. Rejeições	1.73	1.40	0-4
12. Humilhações	1.24	1.44	0-4
13. Punições desproporcionadas	.33	.86	0-4
14. Exigências desproporcionadas	1.89	1.39	0-4
15. Ameaças verbais ou escritas à integridade	.71	1.21	0-4
Ambiente familiar disfuncional			
16. Conflitos entre familiares próximos	1.73	1.48	0-4
17. Separações e/ou ameaças de separação (pais/cônjuges)	1.10	1.16	0-4
18. Abuso de substâncias entre familiares próximos	.96	1.50	0-4
Condições de vida adversas			
19. Dificuldades económicas	1.71	1.29	0-4
20. Problemas educacionais	.57	.93	0-4
21. Mudança de residência	.99	1.03	0-4
22. Mudança de escola	.53	.90	0-3
23. Habitação sem condições adequadas	.49	.96	0-4
Problemas de saúde			
24. Físicos e/ou psicológicos do próprio	2.21	.98	0-4
25. Físicos e/ou psicológicos entre familiares próximos	1.71	1.08	0-4

ANEXO L
RESULTADOS DO IAV_N
(IMPACTO)

Resultados do IAV_N (Impacto dos diversos tipos de acontecimentos)

Acontecimentos de vida negativos	M	DP	Amp
Separações de pessoas significativas			
1. Intermitentes	3.75	1.25	2-5
2. Prolongadas (+ de 3 meses)	3.29	1.40	1-5
3. Definitivas (abandono ou morte)	4.28	1.01	1-5
Negligência			
4. Física	4.27	0.65	3-5
5. Psicológica	4.18	1.02	1-5
Abuso físico e sexual			
6. Agressões ligeiras	2.72	1.55	1-5
7. Agressões moderadas	3.71	1.43	1-5
8. Agressões severas	4.57	.79	3-5
9. Abusos sexuais	4.60	.70	3-5
Abuso psicológico			
10. Depreciações	4.14	1.00	1-5
11. Rejeições	4.40	0.84	2-5
12. Humilhações	4.12	1.12	1-5
13. Punições desproporcionadas	4.00	1.16	2-5
14. Exigências desproporcionadas	3.68	1.13	2-5
15. Ameaças verbais ou escritas à integridade	4.09	1.15	1-5
Ambiente familiar disfuncional			
16. Conflitos entre familiares próximos	4.29	0.92	2-5
17. Separações e/ou ameaças de separação (pais/cônjuges)	3.61	1.34	1-5
18. Abuso de substâncias entre familiares próximos	4.35	0.83	3-5
Condições de vida adversas			
19. Dificuldades económicas	3.50	1.02	2-5
20. Problemas educacionais	3.44	1.26	1-5
21. Mudança de residência	2.98	1.52	1-5
22. Mudança de escola	3.45	1.30	1-5
23. Habitação sem condições adequadas	3.32	1.25	1-5
Problemas de saúde			
24. Físicos e/ou psicológicos do próprio	4.01	1.02	1-5
25. Físicos e/ou psicológicos entre familiares próximos	3.78	1.07	1-5