

FACULDADES INTEGRADAS FAFIBE  
CURSO DE PSICOLOGIA

ALINE MACHADO LOMBARDO

FIBROMIALGIA: DESCRIÇÃO DAS RELAÇÕES EXISTENTES ENTRE  
PARÂMETROS IMUNOLÓGICOS E RESPOSTAS EMOCIONAIS – UMA REVISÃO  
BIBLIOGRÁFICA

BEBEDOURO

2009

ALINE MACHADO LOMBARDO

FIBROMIALGIA: DESCRIÇÃO DAS RELAÇÕES EXISTENTES ENTRE  
PARÂMETROS IMUNOLÓGICOS E RESPOSTAS EMOCIONAIS – UMA REVISÃO  
BIBLIOGRÁFICA

Trabalho de Conclusão do Curso de Psicologia  
apresentado às Faculdades Integradas Fafibe,  
sob a orientação da Professora Ms. Karin  
Aparecida Casarini para obtenção do título de  
Psicólogo.

BEBEDOURO

2009

Lombardo, Aline Machado.

Fibromialgia: Descrição das relações existentes entre parâmetros imunológicos e respostas emocionais – Uma revisão bibliográfica/ Aline Machado Lombardo-Bebedouro: Fafibe, 2009.

39f. : 29,7cm.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação)-  
Faculdades Integradas Fafibe, Bebedouro, 2009.

Bibliografia: f. 31-33

1. Psicologia. 2. Psicanálise. 3. Fibromialgia. 4. Estresse. I. Título.

ALINE MACHADO LOMBARDO

FIBROMIALGIA: DESCRIÇÃO DAS RELAÇÕES EXISTENTES ENTRE  
PARÂMETROS IMUNOLÓGICOS E RESPOSTAS EMOCIONAIS – UMA REVISÃO  
BIBLIOGRÁFICA

Trabalho de Conclusão do Curso de Psicologia  
apresentado às Faculdades Integradas Fafibe,  
para obtenção do título de Psicólogo.

Banca examinadora

---

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Ms. Karin Aparecida Casarini  
Faculdades Integradas Fafibe

---

Examinadora: Prof.<sup>a</sup> Renata Lazzarini  
Faculdades Integradas Fafibe

Bebedouro, 24 de Novembro de 2009

Dedico este trabalho à minha Família, que mesmo diante das dificuldades que vivenciei, sempre estiveram junto a mim para sanar e acalantar o meu coração aflito.

Ao meu namorado, que mesmo diante da minha ausência, dos conflitos internos e anseios, esteve ao meu lado, paciente e com muito Amor pra me oferecer.

Ao Tio Celso, que desde a ausência de meu pai, completa a minha existência, proporcionando-me o carinho, atenção e o colo de pai que uma filha sempre busca.

## AGRADECIMENTOS

### **Primeiramente a Deus, pela oportunidade de mais uma existência!!!!**

**Ao meu Pai:** Agradeço a você pai, que não estando mais aqui comigo, não pode participar da minha escolha de ser Psicóloga e conseqüentemente de me ver formar. Mas acredito que esteve comigo ao longo destes cinco anos, pois nos momentos em que mais tive medo de fraquejar, seus ensinamentos de coragem, perseverança, entusiasmo e otimismo me fizeram prosseguir, nos momentos de incerteza, lembrei-me de quanto era seguro em suas decisões e atitudes. Ah, e nos momentos de Alegria, “ah pai, como lembrei-me de você”, pois muito gostaria de estar compartilhando-os em sua companhia.

Assim, lhe agradeço, por TUDO que me ensinou, pelo carinho que dedicou à minha formação e pelos conceitos que favoreceram na construção de minha personalidade. Sempre irei lhe Admirar..... Obrigada..... Saudades!!!!!!

**À minha Mãe:** Agradeço primeiramente por Todo Amor Incondicional que sempre me ofereceu!!! Agradeço por compreender as minhas dificuldades e limitações, que, apesar das nossas diferenças, você foi eliminando-as e mostrando-me um novo jeito de compreender e olhar a Vida!!!! Agradeço pelo carinho, silêncio, olhares, acalento, pelas palavras que me proporcionou quando pareceu que o mundo estava desabando sobre mim, quando tive medo durante meu percurso universitário. Agradeço por compreender a minha ausência e estar ao meu lado e por me AMAR como eu realmente sou!!!! Muito Obrigada!!!! Te Amo Muito!!!!

**Aos meus Irmãos:** A vocês, agradeço pela paciência, pelo carinho, pelas preocupações, pelo colo que me deram, cada um do seu jeito, mas que me fortaleceram durante este momento importante de minha vida. Agradeço por compreenderem minha ausência e por escutarem diariamente assuntos sobre a Psicanálise, quando nada disso lhes faziam sentido, e até achavam que eu estava enlouquecendo!!!! Obrigada por serem meus irmãos!!!! Amo vocês!!!!

**Ao Meu Namorado Werner:** Agradeço-lhe primeiramente por todo AMOR que me dedicou nestes cinco anos, o que fez com que nossa convivência, apesar de tumultuada e de muitas ausências, em função dos relatórios e estágios, pudesse ter uma cor e um sabor ESPECIAL.

Serei sempre muito grata a você, que aceitou incondicionalmente a minha escolha de ser Psicóloga e defendeu com toda garra este meu sonho, de modo a caminhar sempre ao meu lado.

Muitas vezes me pegou no colo, em outras me deu um empurrãozinho, em muitas me abraçou fortemente, como também teve aquelas em que só o seu olhar, acompanhado de TE AMO e ME ORGULHO de você, foram suficientes para que eu continuasse nesta caminhada, com a certeza de que não estava sozinha.

Assim, lhe agradeço, pois como uma estrela que ilumina as ruas de uma cidade, como a lua que clareia um enorme campo verde, você sempre esteve ao meu lado, ILUMINANDO E CLARIANDO este meu caminho de formação profissional, o que favoreceu com que eu prosseguisse com mais segurança!!! TE AMO MUITO E SEMPRE SEREI MUITO GRATA A VOCÊ!!!! MUITOOO OBRIGADA!!!!

**Aos Tios,Tias e Primos:** Agradeço pelo carinho e confiança depositados em mim, pois aliás, é a priminha caçula que está se formando, em Psicologia, quem diria não é mesmo?!?!?! Agradeço pelos momentos que me deram colo e me incentivaram a continuar, mostrando-me através de suas experiências, que tais vivências faziam parte de todo o processo, como as rifas que tiveram que comprar durante estes cinco anos..... risos..... Obrigada!!!!

**À Minha Psicóloga Cida:** Agradeço-lhe por me ensinar a ser ética e valorizar e compreender o ser humano a partir daquilo que ele tem de mais precioso, que é a mente humana. Por ensinar-me que além dos contratos, o setting é o que há de mais precioso na construção do vínculo terapêutico, e o que proporcionará o desenvolvimento psíquico do outro. Obrigada por ser esta pessoa Especial, que mesmo antes da minha escolha, de sermos colegas de profissão, tive a oportunidade de conhecê-la, para que uma história começasse a ser escrita. Obrigada!!!!

**À professora e Amiga Fernanda Aníbal:** A você, o meu Muito Obrigada, que mesmo distante fisicamente, sempre esteve muito próxima a mim, desvendando os caminhos do conhecimento e mostrando-me como alguns trechos são mais difíceis que outros. Também, com seus e-mails de carinho e incentivo, me deu força a continuar e acreditar que as Batalhas existem, mas que com perseverança e companheirismo, podemos vencê-las. Obrigada por estar nesta Vitória comigo!!!!

**Aos mestres e Orientadora:** que ao longo destes cinco anos não mediram esforços para explorar os meus potenciais, bem como para transmitir todos os seus conhecimentos, ensinando acima de tudo que: “[...] SEJA COMO FOR, AGORA EU SEI, QUE O MEU PAPEL, NÃO É SER HERÓI DO CÉU, NEM DA TERRA [...]”.

**Aos colegas de classe:** Pela oportunidade de compartilhar estes cinco anos de minha vida, onde juntos desfrutamos de diversos sentimentos e experiências!!!!

**Albinha:** Agradeço a você, por todo carinho e dedicação comigo durante estes cinco anos, que nos momentos mais difíceis serviu de continência para minhas lágrimas, bem como nos de Alegria, gargalhou comigo das coisas mais sem sentidos!!!! Você foi e será sempre Especial na minha caminhada!!! Obrigada por estar sempre Pertinho de mim!!!

**André:** Você sempre será aquele amigo, que por mais que não esteja sempre por perto, pois está sempre na correria e atendendo o celular, sei que conto com você quando os Estímulos Aversivos aparecem!!!! Você é sempre Super Reforçador!!!! Te Adoro!!!!

**Camila:** Que com todo o seu jeito, mostrou-me a importância de relaxar o superego e deixar emergir os desejos do Id, pois, às vezes a vida é curta para tantas repressões, e aliás, no Final Tudo Da Certo!!!!

**Carol:** Agradeço-lhe por ter-me oferecido a oportunidade de conhecê-la melhor e assim passar a chamá-la de Amiga, no qual pudemos desfrutar de momentos especiais!!!! Você é uma pessoa que tem suas qualidades “camufladas”, mas que com este novo caminho que traçamos juntas pude descobri-las e admirá-las!!!! Adoro!!!! Você!!!! Mas.... não precisa cair no shopping, OK???.... risos....

**Héric:** A você meu amigo, que mesmo não estando mais aqui presente, em nossos dois anos e meio juntos, vivenciamos momentos Inesquecíveis.... Você me acompanhou na primeira viagem que fiz dirigindo, nos momentos regredidos daquele trabalho das mãos, com muita tinta e meleca, dos relatórios em quem minha dupla não pode estar presente, nas tentativas de me fazer dançar ou praticar um esporte, dentre outras.... Você em pouco tempo fez MUITA história e deixou marcas que serão inesquecíveis!!!! Tenho certeza que você prosseguiu neste mesmo percurso com a gente, mas de uma outra maneira, por isso lhe agradeço o carinho e apoio que sempre pude sentir!!!! Saudadesssss....

**João Paulo:** Pelo carinho e atenção despreendidos nestes últimos semestres de faculdade, que mesmo advindos de muitos conflitos, puderam ser intensos e de grandes trocas. Obrigada pela oportunidade de lhe conhecer melhor, bem como de estar disposto a me conhecer verdadeiramente!!!!

**Laís:** A esta grande amiga, que apesar das diferenças, de Tamanho, é claro, sempre esteve atenta às necessidades e disposta a oferecer um Lindo sorriso que acalentasse o meu coração!!!

**Letícia:** Que sempre esteve presente nos momentos em que precisei, estendendo-me a mão e me auxiliando dentro do que era necessário, sem medir esforços para tanto. Obrigada!!!

**Maria:** Pelo enorme carinho de SEMPRE!!!! Pelos beijinhos enviados ao meu coração, pelas orientações amadurecidas que ainda me escapavam do campo de visão e dentre todas as coisas. Pela oportunidade que me proporcionou de amá-la e ser amada, como uma filha Especial!!!! Obrigada por estender sua Maternagem até a mim!!!! Você sempre ocupará um lugar especial em meu coração!!!

**Marta:** Agradeço pelo carinho e compreensão nos momentos em que as divergências apareciam, e por ter oferecido a oportunidade de trocar com você, experiências que ultrapassaram as barreiras do conhecimento teórico e que permanecem na zona dos sentimentos e vivências subjetivas.

**Silvia:** Agradeço a você, que mesmo chegando depois, conquistou e acalentou o meu coração em vários momentos.... Sempre esteve preocupada em cuidar de mim... como mais uma de suas filhas!!!! Serei sempre muito grata a você, e meu carinho, bem como nossa amizade, não se encerram por aqui, OK??? Te Adoro.

**Sônia Pian:** Agradeço pela oportunidade de compartilhar com você novos ideais, no qual a troca foi muito valiosa para mim, pois todo o seu dinamismo e praticidade levarei comigo!!! Obrigada....

**Talita:** Ah minha AMIGA, como eu AMO você!!!! Tu és aquela irmã que o papai do céu não me concedeu na constituição familiar, mas que me enviou para ensinar-me muitas coisas preciosas!!!! Serão inesquecíveis os nossos dias exaustos, onde íamos para a sala ao lado, buscar por um tablado alheio, e ali deitávamos e batíamos Ótimos papos!!!! Desejo-lhe Muito Sucesso nesses novos planos, e que você volte para me encontrar, para que juntas reencontremos o MURUCUTUTU!!!!!!

**Vidal:** Agradeço ao senhor pela oportunidade que me deu de aprendizagem. Pude aprender a ter coragem, a me calar quando necessário e de expor os meus pensamentos e sentimentos sem medo, pois eles, a mim pertencem e constroem o meu modo de ser. Também agradeço por deixar que muitos sentimentos fossem trocados, mesmo sem que uma palavra fosse dita, pois nosso pai maior, muitas vezes tiram pessoas importantes de nossas vidas, mas com toda sua sabedoria possibilita que outras supram nossas necessidades!!!! Obrigada.....

**Funcionários Fafibe:** Agradeço a todos pelo carinho e dedicação, de sempre estarem proporcionando um ambiente seguro e acolhedor para que eu pudesse desenvolver o meu conhecimento.

**Aos Bibliotecários:** Agradeço pela paciência e compreensão que sempre tiveram comigo, principalmente nesta reta final, onde os sentimentos e expectativas estão aguçados, e vocês estavam sempre prontos para me acalmar, mostrando-me o caminho e clareando minhas dúvidas. Obrigada!!!!

“Quando sofrimento não pode expressar-se pelo pranto, ele faz chorarem os outros órgãos”. (MOTSLOY, [ca. 1900] apud ZIMERMAN, 2004, p. 323).

## RESUMO

O presente trabalho busca conhecer estudos que investiguem aspectos psicológicos apresentados por portadores de fibromialgia, especialmente os níveis de estresse, assim como buscar alguns conhecimentos a cerca do funcionamento do sistema imunológico destes pacientes. A relevância da pesquisa relaciona-se ao exame dos conhecimentos acerca da Fibromialgia, de modo a contribuir para a ampliação do olhar sobre o sofrimento psicológico dos portadores. Estudos evidenciam que a compreensão ampliada da Fibromialgia é fundamental para melhorar os sintomas apresentados e conseqüentemente a Qualidade de Vida destes pacientes. Quanto ao delineamento metodológico, esta constitui uma revisão da literatura, realizada através de pesquisas em artigos científicos, livros, teses e revistas, disponíveis na biblioteca das Faculdades Integradas Fafibe e/ou bibliotecas e bases de dados como teses USP e Scielo. A seleção dos materiais foi feita conforme interesse temático, definido pela pesquisadora, e do uso de palavras-chave como: Somatização, Fibromialgia, Estresse, Sistema Imunológico, no período de 1980 a 2008. A literatura evidencia modificações, ao longo dos anos, no conceito sobre a relação mente e corpo, destacando o desdobramento científico trazido por Freud e seguido por autores como Cannon, Selye, Lipp, que contrapôs o modelo biomédico vigente e passa a integrar os aspectos emocionais e fisiológicos no processo de adoecimento. Em busca de exemplificar tais relações, a Fibromialgia é apresentada, como uma doença desencadeada pelo estresse e que ocasiona alterações físicas como na Qualidade de Vida do sujeito fibromiálgico, caracterizando neste sentido uma doença de cunho Psicossomático. Deste modo, aponta-se para a importância de se alcançar uma compreensão sobre a Fibromialgia e as doenças psicossomáticas, que possibilite delinear estratégias multiprofissionais para o tratamento dos pacientes acometidos por estas.

Palavras-chave: Psicologia. Psicossomática. Fibromialgia. Estresse.

## RÉSUMÉ

Ce travail démontre des études qui recherchent les aspects psychologiques présentés par des porteurs de fibromyalgie ( notamment les niveaux de stress ) outre chercher quelques connaissances sur le fonctionnement du système immunologique de ces malades L'importance de la recherche a de relations avec l'examen sur la connaissance de la Fibromyalgie, de manière à contribuer à l'augmentation du regard sur la souffrance psychologique des porteurs. Des études mettent en relief que la compréhension agrandie de la Fibromyalgie est fondamentale pour l'amélioration des symptômes présentés et, par conséquent, la qualité de vie de ces malades. En ce qui concerne la délimitation méthodologique, celle-ci constitue une révision de la littérature, réalisée à travers les recherches sur des articles scientifiques, des livres, des thèses et des revues disponibles à la bibliothèque des *Faculdades Integradas Fafibe* et/ou à les bibliothèques de données comme des thèses de l'USP et Scielo. La sélection des documents a été faite selon l'intérêt thématique, défini par la chercheuse et selon l'utilisation de mots-clés comme: somatisation, fibromyalgie, stress, système immunologique, dans la période de 1980 à 2008. La littérature met en relief des modifications au long des années, dans le concept sur la relation esprit et corps, en mettant en relief le dédoublement scientifique porté par Freud et suivi par d'autres auteurs comme Cannon, Selye, Lipp, qui objecte le modèle biomédical actuel et qui passent à intégrer les aspects émotionnels et physiologiques dans le processus de la maladie. Cherchant exemplifier de telles relations, la Fibromyalgie est présentée comme une maladie déclenchée par le stress et qui provoque des altérations physiques dans la qualité de vie du malade, en caractérisant, dans ce sens, une maladie de caractère psychosomatique. Pour cela on montre l'importance d'atteindre une compréhension sur la Fibromyalgie et des maladies psychosomatiques qui permettent de dessiner des stratégies multi-professionnelles pour le traitement des malades qu'en souffrent.

Mots-clés: Psychologie. Psychosomatique. Fibromyalgie. Stresse.

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO .....	9
2 HISTÓRIA DA RELAÇÃO MENTE E CORPO E O CONCEITO DE ESTRESSE: UMA REVISÃO .....	10
3 FIBROMIALGIA E SUA RELAÇÃO COM O ESTRESSE .....	19
4 PERSPECTIVA PSICANALÍTICA SOBRE DOENÇAS PSICOSSOMÁTICAS .....	24
5 CONCLUSÃO .....	30
REFERÊNCIAS .....	31

## 1 INTRODUÇÃO

O presente estudo tem como objetivo conhecer estudos que investiguem aspectos psicológicos apresentados por portadores de Fibromialgia, especialmente os níveis de estresse, assim como buscar alguns conhecimentos a cerca do funcionamento do sistema imunológico destes pacientes.

Neste sentido, busca-se através de revisão bibliográfica, estabelecer relações entre níveis de estresse, as alterações imunológicas e a presença da dor muscular, presente na Fibromialgia, a fim de poder discuti-la como uma doença Psicossomática.

Portanto, justifica-se esta revisão bibliográfica, de modo a contribuir para a ampliação do olhar sobre o sofrimento psicológico destes pacientes e sobre a importância de se alcançar uma compreensão que possibilite delinear estratégias multiprofissionais para o tratamento.

Quanto o delineamento metodológico, este trabalho foi realizado por meio de uma Revisão da Literatura. Foram pesquisados artigos científicos, livros, teses e revistas, disponíveis na Biblioteca das Faculdades Integradas Fafibe e/ou em bibliotecas e bases de dados como teses USP e scielo. A seleção dos materiais foi feita conforme interesse temático, definido pela pesquisadora e pelas palavras chave, como: Somatização, Fibromialgia, Estresse, Sistema Imunológico. O material pesquisado foi publicado no período de 1980 a 2008.

## 2 HISTÓRIA DA RELAÇÃO MENTE E CORPO E O CONCEITO DE ESTRESSE: UMA REVISÃO

De acordo com Zimerman (2004), o interesse e a curiosidade pelos mistérios que cercam as relações entre a mente e o corpo acompanham a própria história da humanidade. Os povos buscavam descrever a influência dos aspectos, que consideravam “mentais”, no desenvolvimento das doenças, ou seja, buscavam nas questões emocionais e comportamentais as causas dos desajustes da saúde física.

As primeiras manifestações acerca destas relações apontavam para o adoecimento ligado às divindades, ou seja, as doenças eram resultantes de castigos divinos, em função do mau comportamento apresentado pelo indivíduo.

De acordo com Haggard<sup>1</sup> (1940 apud MALDAUN, 2006), na Mesopotâmia, acreditava-se que as doenças eram impostas ao homem pela ira dos Deuses, quando estes desrespeitavam suas leis. Deste modo, a medicina era ensinada nos templos, onde se praticava os rituais de cura. Lopes<sup>2</sup> (1970 apud MALDAUN, 2006) aponta que, para os Mesopotâmios, o demônio causador das doenças era o demônio Nantar.

Nunn<sup>3</sup> (1997 apud MALDAUN, 2006) aponta que no antigo Egito, os médicos eram sacerdotes, considerados como mensageiros da divindade, pois tinham o poder de reduzir a dor e retardar a morte, pois seus conhecimentos favoreciam o diagnóstico e o tratamento das doenças.

Com o desenvolvimento de alguns conhecimentos e na tentativa de descentralização o poder da igreja, inicia-se uma nova forma de olhar para a doença, sendo que agora a relação se dava através do corpo com a alma.

Deste modo, Volich<sup>4</sup> (2000 apud MALDAUN, 2006) relata que para Aristóteles (384-322 a.C.) a alma estava ligada ao corpo físico, o que representaria que toda doença física teria também uma expressão anímica, ou seja, uma representação na alma. Deste modo a doença representaria o desequilíbrio dos humores, sob o efeito das paixões, que nasce no duplo movimento da alma e do corpo.

---

<sup>1</sup> HAGGARD, H. W. **El médico em La história**. Buenos Aires: Sudamericana, 1940.

<sup>2</sup> LOPES, O. C. **A medicina do tempo**. São Paulo: Melhoramentos e Edusp, 1970.

<sup>3</sup> NUNN, J. F. **Ancient egyption medicine**. London: British Museun Press, 1997.

<sup>4</sup> VOLICH, R. M. **Psicossomática**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

Perestello (1987) nos diz que Sócrates (399 a.C.) teria afirmado a inter-relação mente-corpo da seguinte maneira:

Em um aspecto estão os bárbaros Trácios mais adiantados que os civilizados gregos: o de saber que o corpo não pode ser curado sem curar-se a alma. Eis a razão porque os médicos de Helade desconhecem as curas de muitas enfermidades: porque ignoram o homem como um todo. (PERESTELLO, 1987, p. 51).

Com as contribuições de Aristóteles, pode-se observar que inicia-se uma tentativa de olhar o homem a partir de sua completude, ou seja, nas manifestações que este apresenta, como por exemplo o adoecimento, faz-se necessário que não se tenha uma visão de causa e efeito, mas de complementaridade, isto é, que a cura não se baseie apenas nos aspectos físicos que constitui o homem, mas deve englobar sua alma, pois esta também o compõe.

Na direção deste pensamento e complementando-o, apresenta-se Hipócrates (460 a. C.), que segundo Haggard (1940 apud MALDAUN, 2006) nos diz que a doença era vista a partir de uma perspectiva evolutiva, considerando no adoecer fatores constitucionais. Considerado o “maior médico da história”, Hipócrates trouxe a idéia de unidade funcional do corpo, sendo que a alma ou *psykhê* passa a exercer uma função reguladora através das emoções, dos pensamentos e dos sonhos em particular. Deste modo, o homem passa a ser visto como uma unidade organizada, mas passível de se desorganizar.

Esta visão vai, portanto, contribuir para um novo método clínico, no qual a observação passa a ter papel fundamental, pois é através desta que pode-se compreender os fatores desencadeantes do adoecimento.

Baseando-se neste conhecimento de Haggard (1940 apud MALDAUN, 2006) é que Galeno (201-101 a.C.) afirma que a saúde depende do equilíbrio entre “bom temperamento” e “boa proporção física”.

Neste sentido, desenvolve uma tipologia psicológica, ou seja, um estudo sistematizado de características psíquicas, que favorece caracterização de indivíduos que podem ser ou não considerados saudáveis, o que mais tarde é resgatada por diferentes correntes da medicina, como por exemplo, a Antroposofia e a Homeopatia.

Assim, muitos foram os autores que trouxeram suas concepções e contribuições para a medicina, a fim de delinear e compreender os fenômenos do adoecimento e a relação que poderia ser estabelecida ente a Mente e o Corpo.

Foi no século XVI que René Descartes formulou um método científico que influenciou e influencia até os dias atuais, a compreensão do Homem. Descartes apresenta uma concepção dualista, ou seja, compreende o homem a partir de duas instâncias: *res cogitans*, que é a consciência, a mente e *res extensa*, que designa-se a matéria, ao corpo físico, o que demonstra que para Descartes corpo e mente são duas espécies de coisas bastante distintas, dois tipos do que ele chama de substância, como aponta Maldaun (2006).

Neste sentido, Descartes complementa dizendo que o cérebro humano possui um ponto onde há a interação entre estas duas substâncias, corpo e mente: a glândula pineal, que fica situada no centro da cabeça.

Assim, Descartes com esta nova concepção, influencia radicalmente o modelo médico, e que hoje recebe o nome de Modelo Biomédico, ou seja, uma medicina voltada para o biológico, e é o alicerce da moderna medicina científica. Neste momento da história, onde prevalece à concepção dualista, o modo de se olhar para a doença e a concepção de saúde se altera, pois se considera corpo e mente como instâncias separadas, no adoecimento, não há mais sentido um olhar para as questões mentais e psíquicas. Sendo assim, o cuidado passa a ser direcionado, unicamente e exclusivamente para aspectos físicos, para o corpo. Como consequência deste processo, muitas doenças ficam sem explicações, pois causas orgânicas não são encontradas em suas manifestações.

Entretanto, em 1893-1895 Freud ao estudar com Breuer os casos de histeria, contrapõe a visão de Descartes e começa a demonstrar uma relação mente e corpo constituída pelos processos inconscientes, ou seja, Freud vai demonstrar que durante o desenvolvimento alguns desejos não puderam ser manifestados, ficando, em forma de energia, armazenados na mente. Este recalçamento é sentido pelo indivíduo em forma de desprazer, o que faz com que ele busque uma maneira de livrar-se deste estado.

Diante deste contexto, é que alguns indivíduos utilizam-se do corpo como canal para até evacuar a energia desconfortante, o que representa, portanto, o processo de adoecimento.

Assim, a partir desta relação descrita por Freud, outros autores começaram estudos neste sentido, buscando em algumas doenças a relação existente entre o sintoma físico, os representantes psíquicos e os comportamentos.

A literatura apresenta trabalho de notáveis fisiologistas que comprovam através de experimentos as estreitas conexões entre os estímulos psíquicos e as respostas orgânicas.

Segundo Zimerman (1999), o endocrinologista americano Walter B. Cannon (1871-1945), baseando-se nas idéias de Claude Bernard, de que o ambiente interno celular – *milieu intérieur* – é mantido por mudanças compensatórias contínuas nas funções corporais, também traz sua contribuição ao discorrer sobre o efeito fisiológico das emoções, apontando como este pode afetar o equilíbrio homeostático do meio interno do organismo. Assim, Cannon acreditava que aspectos emocionais, como o estresse, por exemplo, era capaz de alterar o funcionamento físico do indivíduo, fazendo com que organismo saísse do estado de equilíbrio que busca constantemente e entrasse em desarmonia, o que caracteriza reações de adoecimento.

Cannon (1929 apud SOUZA JUNIOR e PEREIRA, 2008), portanto, propõe o termo homeostase como sendo um conjunto de valores estáveis para as variáveis internas, ou seja, valores que se mantivessem constantes durante prolongado período de tempo e que a qualquer momento pudessem se alterar em função de fatores internos ou externos. Deste modo, passou a compreender que a alteração deste estado, ou seja, a perda da homeostase poderia ativar processos internos como uma unidade funcional. Assim, passa a ser fundamental na definição de homeostase a noção de *feedback* negativo ou retroalimentação, pois os termos compreendem uma resposta do organismo em virtude de aspectos que não estão funcionando corretamente.

De acordo com Bernard (1927 apud MALDAUN, 2006), Cannon acreditava que apesar da doença ser fruto e prova de um desequilíbrio, é também parte de um processo que, em última instância, visa restabelecer o equilíbrio do organismo, ou seja, a doença é um representante orgânico da tentativa do organismo de buscar novamente se estabelecer na constância que vinha funcionando, isto é, a doença é a busca de retomar a homeostase.

Cerchiare (2000) aponta que os estudos de Cannon foram ampliando-se e ganhando sentido a partir de pesquisas que realizou com animais, e pôde perceber que quando estes eram submetidos a estímulos desequilibradores de sua homeostase, apresentavam alterações somáticas, como por exemplo, aumento da frequência cardíaca, contração do baço, liberação de açúcar pelo fígado, aumento da frequência respiratória e dilatação dos brônquios, dilatação pupilar, aumento do número de linfócitos, dentre outras alterações desencadeadas por descargas adrenérgicas da medula da supra-renal e de noradrenalina em fibras pós-ganglionares.

Se compreendermos que os estímulos denominados por Cannon como desequilibradores apontam para as reações também vivenciadas durante situações de estresse, podemos, neste sentido, fazer uma aproximação entre seus estudos e os conceitos trazidos por Selye, endocrinologista, ao definir o estresse como um estado caracterizado por um padrão de resposta orgânica uniforme, independente das particularidades do estímulo (síndrome de adaptação geral), que a longo prazo pode promover mudanças patológicas. Assim, pode-se dizer que em função destes conhecimentos, observou-se que sempre que o organismo encontra-se sob efeito de estímulos (estresse), processos internos são alterados para que se restabeleça os valores de seus parâmetros ou funções (homeostase).

Para caracterizar estas relações, Selye (1956 apud ALVES e PALERMONETO, 2007) descreveu o desenvolvimento de uma síndrome decorrente da exposição de um animal a um conjunto de estímulos nocivos, como por exemplo: frio, injúria tecidual, excesso de exercícios e intoxicações. A partir destas exposições, encontrou, através de necropsopia, hipertrofia das glândulas adrenais, aparecimento de úlceras gástricas e atrofia dos órgãos linfóides, como o timo, o baço e linfonodos. Este autor aponta que os achados eram independentes dos estímulos empregados, o que levou a concluir que representava uma resposta orgânica a “injúria”, o que lhe fez denominar tal processo como “Síndrome de Adaptação Geral”, mas tarde chamada de “Síndrome do Stress”.

Deste modo, a Síndrome do Stress é caracterizada como “um conjunto de reações fisiológicas não específicas que visa preparar o organismo defender-se das agressões”. (MALDAUN, 2006, p. 22).

Foi partindo destes conceitos que Selye utilizou o termo estresse para designar o conjunto de reações e estímulos inespecíficos que o organismo desenvolve, a fim de buscar se adaptar as situações. Esta adaptação, portanto, exige um esforço orgânico, sejam de natureza física ou emocional, aponta Maldaun (2006).

Neste sentido, quando o estresse é prolongado, todas as reservas adaptativas do indivíduo se esgotam, levando-o a uma exaustão, o que favorece o aparecimento das enfermidades, denominadas por Selye como “doenças de adaptação” e hoje compreendidas como doenças Psicossomáticas, como por exemplo, as artrites, hipertensão artéria, retocolite ulcerativa inespecífica, úlcera péptica, dentre outras.

Portanto, este mesmo autor aponta que, quando o indivíduo adoece, ocorre uma incapacidade de seu organismo de desencadear as reações de defesa, ou seja, a resposta do organismo não foi efetivo para restabelecer a homeostase nesta situação. Deste modo, “Em toda doença há um elemento de adaptação, e a enfermidade é esse esforço defensivo e adaptativo do corpo que varia entre uma excessiva defesa ou excessiva submissão e que envolve tanto o biológico quanto o psíquico”. (COELHO e ÁVILA, 2007, p. 249).

Souza Junior e Pereira (2008) descrevem a resposta ao estresse de acordo com um perfil trifásico, ou seja, ela apresenta-se através de três estágios, sendo que no primeiro, denominado de Reação de alarme, a glândula hipófise secreta maior quantidade do hormônio adrenocorticotrófico que age sobre as glândulas supra-renais. Estas passam a secretar mais hormônios glicocorticóides, como o cortisol. Este por sua vez inibe a síntese proteica e aumenta a quebra de proteínas nos músculos, ossos e nos tecidos linfáticos. Todo esse processo provoca um aumento do nível de açúcar no sangue podendo levar a um choque corporal. Outra consequência da inibição da síntese de proteínas é a inibição do sistema imunológico. No segundo estágio, denominado de Estágio de resistência, ocorre a secreção de somatotrofina e de corticóides. Gera, com o tempo, um aumento das reações infecciosas. Caso não seja cessada a fonte de estresse, passa-se para o terceiro estágio, o Estágio de esgotamento, no qual as glândulas supra-renais se deformam e as doenças de adaptação podem aparecer.

Embora Selye tenha identificado três fases do estresse, Lipp, uma estudiosa do estresse no Brasil, no decorrer de seus estudos, identificou uma outra fase do

processo de estresse. A essa nova fase deu o nome de quase-exaustão, por se encontrar entre a fase de resistência e a de exaustão. Essa fase caracteriza-se por um enfraquecimento da pessoa que não está conseguindo adaptar-se ou resistir ao estressor. As doenças começam a surgir, porém ainda não são tão graves como na fase de exaustão.

Segundo Camelo e Angerami (2004), Lipp, em suas pesquisas, relata as possíveis reações físicas e emocionais frente ao estresse. Os sinais e sintomas que ocorrem com maior frequência ao nível físico são: aumento da sudorese, tensão muscular, taquicardia, hipertensão, aperto da mandíbula, ranger de dentes, hiperatividade, náuseas, mãos e pés frios. Em termos psicológicos, vários sintomas podem ocorrer como: ansiedade, tensão, angústia, insônia, alienação, dificuldades interpessoais, dúvidas quanto a si próprio, preocupação excessiva, incapacidade de concentrar-se em outros assuntos que não o relacionado ao estressor, dificuldade de relaxar, ira e hipersensibilidade emotiva.

Atualmente, diante destes conhecimentos, pode-se verificar que o estresse, seja ele físico ou psicológico, é capaz de induzir alterações comportamentais como também fisiológicas significativas. Assim, Joca, Padovam e Guimarães (2003) apontam que dentro das alterações fisiológicas em resposta ao estresse encontra-se a liberação de glicocorticóides (GC) pela supra-renal, como consequência da ativação do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (HPA). Entretanto, mesmo os GC tendo a função de preparar o organismo para desafios fisiológicos ou ambientais e consolidar a resposta de estresse, quando este é persistente e com intensidade exagerada, pode tornar o eixo HPA hiperreativo, com prejuízos potenciais ao organismo.

De acordo com Alves e Palermo-Neto (2007) é a partir da ativação do eixo hipotálamo-pituitária-adrenal (HPA) que aparecem as alterações imunológicas, ou seja, a ativação do eixo HPA e a produção de glicocorticóides (GC) durante o estresse são um dos principais mecanismos responsáveis pelas alterações da resposta imune. Os glicocorticóides são capazes de inibir a transição de inúmeras citocinas, como de interleucina IL-1, IL-13, IL-5, IL-6, IL-8. Estas citocinas são um grupo de moléculas envolvidas na emissão de sinais entre as células durante o desencadeamento das respostas imunes e são produzidas durante a fase de

ativação e fase efetora da imunidade para mediar e regular a resposta inflamatória e imunitária.

Mello Filho (1992) cita um trabalho de Jankovick (1973) onde este lesiona o hipotálamo de ratos, ocasionando o despovoamento celular do timo. Neste mesmo estudo de Mello Filho (1992), Macris (1970) e Fessel (1963) verificaram que animais de laboratório com lesões no sistema nervoso central, tinham sua resposta imunológica alterada ou alterações na composição celular relativa em órgãos linfóides periféricos. Korneva e Khai citados por Fauman (1982 apud MELLO FILHO, 1992), demonstraram que as lesões destrutivas no hipotálamo dorsal levavam a supressão da resposta de anticorpos nos seres vivos que possuem estas estruturas

Portanto, foi a partir destes e de outros estudos, que foi possível compreender que lesões no sistema nervoso central, em especial no hipotálamo, favorecem alterações na resposta imunitária e na histologia dos órgãos linfóides. Assim, o hipotálamo seria uma das bases de integração entre os sistemas nervoso e imune na resposta aos agentes de estresse, como cita Mello Filho (1992).

Segundo Khansari (1990 apud MELLO FILHO, 1992), as alterações imunitárias também podem ser influenciadas por modificações ocorridas na hipófise, visto que experimentos realizados com animais de laboratório demonstraram que a extirpação ou bloqueio farmacológico da hipófise, impede a reposta imune. Também, inversamente, percebeu-se que a atividade imunológica promove alterações sobre a atividade elétrica córtico-cerebral.

Deste modo, as diversas interações entre os sistemas nervoso, endócrino e imune, provavelmente aconteçam a partir do sistema límbico, que faz interagir as percepções córtico-cerebrais com o hipotálamo, por contigüidade e por meio de substâncias que secreta, os neuormônios, como por exemplo, a dopamina e a norepinefrina, o fator liberador da corticotrofina (CRF) e outros, que vão, portanto, orquestrar a resposta aos agentes estressores, como cita Mello Filho (1992).

Este mesmo autor continua dizendo que embora existam outras formas de interação, o sistema hipófise/supra-renal é o mais estudado em relação à resposta de estresse. A partir do CRF que estimula a hipófise, esta aumenta a produção do adrenocorticotropina (ACTH), que induz, por sua vez, aumento na liberação dos hormônios da supra-renal (corticoesteróides e catecolaminas), que são elementos fundamentais da resposta ao estresse. Mello Filho (1992) salienta que o aumento na

produção destes hormônios é tomado, experimentalmente, como um indicador de resposta ao estresse.

Assim, os níveis aumentados de corticoesteróides (CG) influenciam o sistema imune, de modo a aumentar a resposta inflamatória. Portanto, se extirparem as supra-renais, sede a formação dos hormônios glicocorticóides, no qual esta inibição temporária parece ser benéfica, pois diminui as intensas reações inflamatórias aos agentes de estresse, ou seja, a falta de produção de CG faz com que as citocinas continuem sendo produzidas e deste modo, mediam e regulam a resposta inflamatória e imunitária, aponta Mello Filho (1992).

Um estudo que traz esta demonstração foi realizado com camundongos, no qual Zhou et al. (1993 apud ALVES e PALERMO-NETO, 2007) aponta que, ao submetê-los a estressores, como choque nas patas, estes apresentavam aumento dos níveis plasmáticos, de corticosterona e de IL-6, em função da presença de glicocorticóides. Uma vez que os ratos foram adrenalectomizados e submetidos a mesma situação de estresse, apresentaram níveis plasmáticos de IL-6 menores.

Em outro estudo, na área da Psicooncologia, observou-se que: o estresse psicológico gerado em um camundongo adulto, pelo ato de observar outro animal receber choque constante, produzia manifestações comportamentais, reduzindo os índices de fagocitose e conseqüentemente um aumento do tumor, aponta Neto, Oliveira e Souza (2003 apud ALVES e PALERMO-NETO, 2007).

Neste sentido, pode-se verificar que não é necessário que o estressor atinja diretamente o organismo para que efeitos fisiológicos aconteçam, pois pelo simples fato da vivência de estresse, já é possível verificar alterações homeostáticas na fisiologia do indivíduo, bem como a presença de sintomas físicos.

Portanto, Mello Filho (1992) aponta que, a resposta ao estresse dá-se através da ação integrada dos sistemas nervoso, endócrino e imune, em um processo de alterações e recuperação da homeostasia. Assim, quando a reação de adaptação ao estresse não é satisfatória, pode ocorrer o surgimento de uma lesão física que pode culminar em uma patologia, mediada por alterações no funcionamento daqueles sistemas.

## 2 FIBROMIALGIA E SUA RELAÇÃO COM O ESTRESSE

Sabendo-se que, quando a reação de adaptação ao estresse não é satisfatória, pode ocorrer o surgimento de uma patologia, mediada por alterações no funcionamento do sistema hipófise-hipotálamo-supra-renais, é que escolho a Fibromialgia, de modo a examinar estes conhecimentos em relação à sua apresentação, e alcançando uma melhor compreensão da sua relação com o estresse.

De acordo com Martinez (2006), a fibromilalgia sempre foi alvo de grandes discussões, polêmicas e controvérsias, desde o estabelecimento de seu conceito, a validade do uso do termo “fibromialgia”, como também sua questão diagnóstica.

Sá et al. (2005) apontam que durante vários anos as pessoas que sentiam dores em várias regiões do corpo, hoje denominadas de fibromiálgicas, eram consideradas como doentes psiquiátricos, pelo fato de relatarem queixas generalizadas de dor e de acentuada fadiga, sendo que estas não eram justificadas pelas análises normais e nem fundamentadas por outros exames médicos realizados. Deste modo, os pacientes recebiam diferentes diagnósticos, como por exemplo, reumatismo psicogênico, fibrosite, síndrome fibromiálgica, entre outras.

Segundo Leitão (2002 apud SÁ et al., 2005), as primeiras descrições de sintomas fibromiálgicos, foram sugeridos por Floriep e datam de meados do século XIX. Entretanto, somente no ano de 1997, o reumatologista Hugh Smythe e o psicólogo Harvey Moldovsky, detalharam o quadro clínico e propuseram critérios diagnósticos objetivos. Mas foi na década de 90 que a *American College of Rheumatology* (ACR) define a última versão diagnóstica da Fibromialgia.

Assim, Biezus (2004) define a Fibromialgia como sendo um estado doloroso, não articular, que afeta principalmente o sistema muscular, expressando-se como dor musculoesquelética generalizada, com múltiplos pontos sensíveis, chamados de tender points. Outras manifestações que podem acompanhar são: fadiga crônica, distúrbio do sono, rigidez muscular, de curta duração, no período da manhã.

Segundo esta mesma autora, a Fibromialgia é uma patologia que pode ser considerada como síndrome, por abranger um conjunto de sinais e sintomas. Os sinais são referentes aos achados físicos que o médico encontra quando examina o

paciente, os tender points, e os sintomas relacionam-se as queixas apresentadas pelo paciente fibromialgico durante a anamnese, sendo estes abrangentes e persistentes. Os sinais e sintomas não apresentam causa única, um substrato anatômico-patológico definido, nem alterações bioquímicas, ou exames de imagem que auxiliem no diagnóstico.

Um dos sintomas que está presente em todos os pacientes é a dor difusa e crônica, havendo uma dificuldade, por parte deles, de localizar a dor, o que os leva a apontar sítios peri-articulares, sem especificar se a origem é muscular, óssea ou articular. A dor possui um caráter variável, ou seja, pode se apresentar por queimação, pontadas, peso, tipo cansaço ou uma contusão, podendo haver um agravamento pelo frio, umidade, mudança climática, tensão emocional ou por esforço físico, como aponta a Sociedade Brasileira de Reumatologia (SBR) (2004). Deste modo, alguns pacientes dizem que a dor é de início, mais localizada em uma determinada região, outros apontam para o início do quadro doloroso de maneira difusa.

Assim, de acordo com a Sociedade Brasileira de Reumatologia (SBR) (2004) os critérios atuais, para avaliação da Fibromialgia, consta da análise dos pares de pontos, os *tender points*, sendo eles:

1. Suboccipital - na inserção do músculo suboccipital;
2. Cervical baixo - atrás do terço inferior do esternocleidomastoideo, no ligamento intertransverso C5-C6;
3. Trapézio - ponto médio do bordo superior, numa parte firme do músculo;
4. Supra-espinhoso - acima da escápula, próximo à borda medial, na origem do músculo supra-espinhoso;
5. Segunda junção costo-condral - lateral à junção, na origem do músculo grande peitoral;
6. Epicôndilo lateral - 2 a 5 cm de distância do epicôndilo lateral;
7. Glúteo médio - na parte média do quadrante súpero-externo na porção anterior do músculo glúteo médio;
8. Trocântero - posterior à proeminência do grande trocântero;
9. Joelho - no coxim gorduroso, pouco acima da linha média do joelho.

Após tal análise, a SBR (2004), aponta que o critério da resposta dolorosa em pelo menos 11 desses 18 pontos é visto com a proposta de classificação, mas não é

essencial para se fechar um diagnóstico, pois segundo Martinez (2006), embora os *tender points* possuam sua utilidade, não parecem ser determinantes para o diagnóstico da fibromialgia, pois deve-se levar em conta o conjunto total de sintomas e sinais, bem como a presença de afecções satélites, ou seja, das doenças associadas.

Deste modo, a Sociedade Brasileira de Reumatologia (SBR) (2004), aponta que a definição da Síndrome de Fibromialgia é bastante controversa, por não haver um substrato anatômico na sua fisiopatologia e em relação aos seus sintomas, existindo uma confusão com a depressão maior e com a síndrome da fadiga crônica, pelo fato de tais síndromes apresentarem sintomas como prejuízo na concentração, dor muscular, dores múltiplas nas articulações, dores de cabeça e exacerbação da fadiga pós-esforço.

Segundo Barbosa, Dach e Speciali (2007), a prevalência da Fibromialgia varia em média de 0,5% a 5% na população geral, sendo que de cada dez pessoas, nove são mulheres, acometidas na faixa etária dos 30 a 60 anos. Esta autora aponta que a prevalência da fibromialgia não sofre influência de raça, nível sócio-econômico ou cultura.

Santos et al. (2006), realizaram um estudo utilizando o instrumento *Fibromyalgia Impact Questionnaire* (FIQ), juntamente com outros instrumentos, como: Medical Outcomes Study 36 (itens), Short – Form Healthy Survey (SF-36), Escala de Depressão de Beck (BDS). Estes instrumentos apresentam questões relacionadas à capacidade funcional, situação profissional, distúrbios psicológicos e sintomas físicos. Deste estudo, participaram 40 sujeitos, dos quais, 20 tinham diagnóstico de fibromialgia e 20 não eram fibromiálgicos.

Após avaliação dos resultados deste estudo, pode-se observar que, de acordo com o índice de qualidade de vida (IQV), o grupo teste apresenta pior qualidade de vida, comparado ao grupo controle, pois no percentil 80% o grupo teste apresenta valor aproximado a zero, enquanto o grupo controle apresenta valor aproximado a quatro, sendo que quanto mais alto o valor, há indicativo de boa qualidade.

O indicativo do baixo índice de qualidade de vida vivenciado pelos pacientes fibromiálgicos, relaciona-se aos dados obtidos no questionário FIQ, que apontam para uma diferença estatística significativa entre o grupo teste e o grupo controle,

sendo que nos itens Ansiedade e Depressão, o grupo teste apresenta valor de 8,63 e 6,48 e o grupo controle de 4,26 e 2,58, respectivamente.

Outros itens também são significativos para exemplificar o baixo IQV, como: Sentir-se bem, no qual o grupo teste (GT) apresenta valor de 1,05 e o grupo controle (GC) de 6,06, no item sono, o GT apresenta 8,19, enquanto o GC 2,94, em relação a dor, GT tem valor 7,75 e o GC de 1,98 e em relação a capacidade funcional, o GT apresenta-se com valor de 13,30 e o GC de 4,0.

Assim, este estudo evidencia que os pacientes portadores de fibromialgia apresentam comprometimentos significativos de sua qualidade de vida, com a manutenção de índices abaixo da população saudável.

Em função de todas estas características apresentadas, em especial a dor difusa e crônica, pode-se ressaltar que a qualidade de vida do sujeito fibromiálgico, é prejudicada, sendo que este indivíduo apresenta uma tendência a realizar menos atividades de lazer, apresentar baixa auto-estima, e ficar sem vontade de realizar atividades que antes eram consideradas prazerosas. Deste modo, o comprometimento da qualidade de vida do paciente fibromiálgico não está ligado só à dor física, mas as privações e alterações psicológicas que esta doença traz.

Sendo assim, é possível considerar que o agravamento da doença se torna um risco cada vez maior para os indivíduos, na medida em que com o comprometimento da qualidade de vida e a manutenção dos sintomas físicos, os níveis de estresse aos quais os indivíduos permanecem expostos são altos, o que pode contribuir para a intensificação dos sintomas e produção de alterações permanentes no funcionamento corporal. Alguns estudos foram realizados de modo a investigar estas relações entre o estresse e o funcionamento corporal na fibromialgia. Estes estudos buscam analisar fatores que poderiam contribuir para o desencadeamento da Fibromialgia. A análise do funcionamento do Sistema Nervoso Central e do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (HPA), por exemplo, tem se destacado nestas investigações em função de seu envolvimento nos principais processos de resposta ao estresse.

Em um estudo comparativo realizado por Kaufmann et al. (2008), com 15 pacientes com Síndrome de Dor Localizada Complexa (CRPS) tipo I e 22 pacientes com Fibromialgia (FM), com o objetivo de investigar a influência da dor e estresse sobre o número de linfócitos e as citocinas Th1/Th2 em linfócitos T, pôde-se

observar que, tanto pacientes com CRPS como com FM, apresentaram evidências de graves dores crônicas e estresse, como demonstrado pela pontuação na escala analógica visual (VAS) e no Instrumento de sintoma de estresse pós-traumático (PTSS-10). Ambos os grupos de pacientes apresentaram maciçamente um aumento na pontuação de sintomas de estresse significativamente mais elevada do que os valores esperados para indivíduos saudáveis. Eles apresentaram também uma diminuição da produção de citocinas, sendo esta inibida pela alta produção de glicocorticóides (CG), hormônio liberado pela supra-renal, como conseqüência da ativação do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (HPA), em função da vivência de estresse.

Neste sentido, os estudos demonstram que os aspectos psicológicos e fisiológicos permanecem interligados e que estes exercem um papel fundamental no desenvolvimento e na evolução das doenças, hoje consideradas como psicossomáticas.

Assim, este novo modo de olhar sobre adoecimento, vem contrapor o modelo biomédico, presente na maioria das práticas em saúde, o qual considera que a doença é uma problemática do corpo, enfatizando o reconhecimento de aspectos orgânicos.

Entretanto, nas últimas décadas, com as mudanças no perfil das patologias mais frequentes, caracterizado pela diminuição das doenças infecciosas, decorrentes de medidas preventivas e o aumento das denominadas doenças crônicas, tem-se evidenciado o papel dos aspectos psicológicos no adoecer.

Como conseqüência da relevância da interdisciplinariedade, surge o modelo biopsicossocial, que além de considerar aspectos físicos e psíquicos no adoecimento, busca compreender os aspectos que mantêm e contribuem para o desenvolvimento da doença, bem como para a qualidade de vida destes sujeitos. As alterações emocionais e corporais vivenciadas pelo indivíduo, pode ser suficiente para que ele não consiga manter uma vida com qualidade, e busque assim por recursos para afastar-se deste quadro patológico que se encontra.

Partindo destas colocações, pode-se explorar a ligação destes aspectos com a Fibromialgia, no sentido que pacientes fibromiálgicos, em função de não terem claro um diagnóstico, que apontem para um substrato anatômico que caracteriza a

dor, buscam frequentemente por diversos profissionais que possam esclarece-los quanto a origem de sua dor, bem como favoreçam o desaparecimento destas.

Estas tentativas apontam para o fracasso que estes pacientes esbarram, quando buscam por tais compreensões, pois na sua grande maioria o olhar clínico é independente, ou seja, não abarca uma equipe multiprofissional que possa dar conta de tais manifestações, pois como se sabe, estes pacientes convivem com uma patologia que desenvolvê-se a partir de conseqüências emocionais, o estresse, e os sintomas presentes trazem prejuízos em sua qualidade de vida, pois dificultam sua capacidade funcional, bem como atividades de lazer, seu sono deixa de ser restaurador, as atividades deixam de ser estimulantes e prazerosas, apresentando-se com quadros ansiosos e depressivos, o que por conseqüência mantém tal quadro doloroso.

Portanto, podemos pensar que o adoecimento destes indivíduos evolui de modo amplo, abrangendo diversas áreas da vida e gerando dificuldades variadas, como na fibromialgia, que inclui uma gama de aspectos que necessitam ser trabalhados, pois somente o cuidado do físico não é suficiente para o desaparecimento dos sintomas e a melhora da Qualidade de Vida do indivíduo fibromiálgico. É preciso buscar aspectos subjetivos que ajudem na compreensão da significação do processo de adoecimento, em específico para cada sujeito.

#### 4 PERSPECTIVA PSICANALÍTICA SOBRE DOENÇAS PSICOSSOMÁTICAS

Diante da perspectiva histórica das relações mente e corpo, anteriormente apresentada, e pensando no conceito de Fibromialgia, como representante destas relações, percebe-se que aspectos emocionais, em específico o estresse neste trabalho, é visto como um dos elementos que pode interferir e promover alterações no organismo e levar ao adoecimento do sujeito.

Além dos estudos que investiguem o papel do estresse sobre os sintomas das doenças, existem também outras contribuições teóricas dentro do campo da psicologia que oferecem explicações relacionadas ao desenvolvimento de enfermidades.

Uma destas contribuições é oferecida por alguns teóricos da psicanálise e serão abordadas sucintamente a seguir.

Com este objetivo, pode-se verificar que no final do século XX, uma doença que estava bastante difundida e era indagada pela sua origem, se esta era psíquica ou orgânica, era a Histeria.

Os médicos estavam, desconcertados diante da impossibilidade de encontrar a sua verdadeira causa, pelo fato da histeria parecer não se curvar diante de todos os esforços diagnósticos e curativos da medicina, já que os sintomas não correspondiam a uma lesão anatômica localizável e também aparecerem e desaparecerem de maneira aleatória, aponta Quinodoz (2007).

De acordo com Quinodoz (2007), nesse momento os fenômenos de conversão histéricos representavam um desafio para a ciência médica, pelo fato de ser uma entidade enigmática e exasperante, o que fez com que muitos médicos pensassem em abandonar os esforços para sua compreensão. É neste contexto que, em 1882, Freud, encorajado pelos êxitos de Breuer, passa a se interessar pela sugestão e a hipnose no tratamento de doentes com sintomas atribuídos à histeria. Com o desenvolvimento deste trabalho, começa a surgir um novo modelo de se pensar o sofrimento humano: a Psicanálise, advinda do método Catártico.

A Psicanálise é uma abordagem teórica que, ao analisar para a Histeria, passa a compreendê-la a partir da existência de um desequilíbrio energético relacionado às instâncias constituintes da mente. Este desequilíbrio manifestar-se-ia

no corpo, a fim de eliminar o desprazer por ele causado e restabelecer a condição de equilíbrio energético. Posteriormente, Freud (1996) afirma que, ao escrever sobre os estudos e atendimentos clínicos que realizou com algumas pacientes, como Emmy von N., pôde compreender os fenômenos que cercavam as manifestações históricas como um resultado da ação de resistências e defesas.

Quinodoz (2007) relata que as resistências e as defesas são mecanismos psíquicos que impedem que as representações recalçadas alcancem o Ego. Assim, esses mecanismos objetivavam rejeitar, e manter, para fora do consciente as idéias inconciliáveis, por meio da ação de uma força que Freud chamou de Censura. Assim, a censura:

*“Tratava-se, portanto, de uma força psíquica, de uma aversão do ego, que provocava primitivamente a rejeição da idéia patogênica para fora das associações e que se opunha ao retorno desta na lembrança.”* (FREUD, 1996, p. 217).

Deste modo, Freud (1996) relata que a representação patogênica sofreria uma rejeição no psiquismo que associou ao recalque. Entretanto, se a emoção ultrapassa o limite que o indivíduo pode tolerar, a energia psíquica se converte em energia somática e dá lugar a um sintoma histórico, como por exemplo, sintoma de conversão. Assim, o que pode contribuir para a produção de sintomas históricos é a tendência que o aparelho mental apresenta de sempre manter-se em equilíbrio, buscando para isso alternativas patológicas quando a censura ou recalque não permitem que as vias de descarga normais estejam disponíveis.

Freud (1996) descreve que a descarga energética, destinada a manter o aparelho mental em equilíbrio, pode ocorrer de duas maneiras principais, dependendo do processo de desenvolvimento do indivíduo. A primeira forma de descarga consiste no estabelecimento de associações entre representações e afetos, ou seja, corresponde a um processo no qual o indivíduo pode simbolizar os representantes psíquicos que favoreceram o aumento da energia libidinal e pode efetuar a descarga por meio dos símbolos criados, incluindo a palavra e os sonhos.

A segunda maneira de estabilizar a energia mental é através de uma descarga motora, que pode corresponder ao deslocamento dos conteúdos recalçados para o corpo, em especial para algum órgão ou função física, o que descreveria o processo formação de sintomas somáticos.

Desta maneira, Freud (1996) percebeu que as manifestações histéricas estavam relacionadas a desejos proibidos vivenciados e que foram recalçados por estes indivíduos. Este processo de recalçamento favorecia o desequilíbrio, o aumento de energia no aparelho mental e, portanto, implicava na necessidade de encontrar uma via de descarga, que se dava por meio das manifestações somáticas histéricas, favorecendo o restabelecimento energético no aparelho mental.

A partir desta relação descrita por Freud (1996), outros autores começaram estudos neste sentido, buscando em algumas doenças a relação existente entre o sintoma e os representantes psíquicos.

Conforme escritos de Martins (2007) e Zimerman (2004), Alexander e Dunbar, são os autores da escola Americana, que nos anos de 1930, disseram que os transtornos psicossomáticos advinham de situações de tensão crônica que estava ligada à expressão inadequada de algumas vivências que se manifestavam no corpo, havendo portanto um tipo de personalidade para o desenvolvimento de uma doença. Também estudou e descreveu as sete doenças psicossomáticas, sendo a asma brônquica, úlcera gástrica, artrite reumatóide, retocolite ulcerativa, neurodermatose, tireotoxicose e hipertensão essencial, de modo que atribuiu a cada doença um determinado conflito psicogênico. Assim, cada indivíduo reagiria de uma forma, pois iria depender se sobressaísse uma hiperatividade do sistema simpático ou uma hipoatividade do sistema parassimpático.

Este mesmo autor aponta que, na escola Psicossomática de Paris têm-se como autor Marty e seus colaboradores que, em 1950, vem acrescentar de modo a considerar que pacientes somatizadores apresentam dificuldades para fantasiar livremente, de estabelecer transferências e uma ausência de reações afetivas diante de acontecimentos traumáticos, o que quer dizer que estes pacientes apresentam uma incapacidade simbólica e um baixo valor de sublimação. Assim, é proposto o conceito de pensamento operatório.

Jonhn Nemiah e Peter Sifneos<sup>1</sup> (1970 *apud* MARTINS, 2007), representantes da escola de Boston e conceito de Alexitimia, concluem que os indivíduos que somatizam possuem uma dificuldade para reconhecer e descrever seus sentimentos, como também não conseguem diferenciar sensações corporais dos estados emocionais.

---

<sup>1</sup> JEAMMET, P. REYNALD, M; CONSOLI, S. **Manual de Psicologia Médica**. São Paulo: Masson, 1989.

Segundo Zimerman (1999), é devido a este motivo que se atribuiu o termo Alexitimia, antes mencionado, pois conforme designa a etimologia, que deriva dos étimos a (“privação de”) + lex (leitura) + timos (glândula que era responsável pelo humor), conclui-se que o conceito alude uma dificuldade dos pacientes somatizadores conseguirem “ler” suas emoções, o que faz com que eles a expressem pelo corpo, o que caracteriza uma dificuldade de simbolizar as vivências emocionais, advinda de uma falha das conexões neurais entre o Sistema Límbico e o Córtex Cerebral.

Estas e outras contribuições fizeram com que, nos anos 50, a vertente psicossomática ganhasse força nos meios científicos, pois passou-se a compreender que:

“Cada órgão, cada sintoma de órgão pode exprimir por um sintoma a angústia ou a depressão, eliminando assim seus afetos.” (HAYNAL, PASINI e ARCHINARD, 2001, p. 30).

Deste modo, entende-se que constantemente que os fenômenos que se manifestam em nosso corpo são expressões visíveis de processos invisíveis resultantes da perda de equilíbrio, isto é, os sintomas podem ser como representantes físicos da expressão de conflitos, da problemática do próprio sujeito.

Entretanto, quando o indivíduo passa a compreender a multiplicidade simbólica que acompanha o sintoma, a doença passa a ser vivenciada de forma positiva.

Assim, segundo Lipowski (1984 apud SILVA e MÜLLER, 2007), pode-se compreender a psicossomática como uma tentativa de se obter uma visão integrada do homem, ou seja, de buscar uma totalidade no qual o complexo mente-corpo esteja em interação com o contexto social.

Neste sentido, a Fibromialgia, aponta para aspectos que lhe caracteriza como uma doença psicossomática, pois estabelece relações com conflitos, falhas no processo de desenvolvimento e simbolização, vivenciados pelos sujeitos fibromiálgicos, ou seja, são indivíduos que durante seu processo de desenvolvimento apresentaram dificuldades de estarem representando seus conflitos de forma verbal, de estarem tendo condições de compreenderem os seus próprios sentimentos para que pudessem expressá-los verbalmente ou simbolicamente, por exemplo.

Sendo assim, os sentimentos ao deixarem de serem lidos e expressos, permanecem pulsando no aparelho psíquico, necessitando que sejam evacuados a fim de que se restabeleça novamente o equilíbrio mental, pois esta situação é vivenciada como um desconforto pelo sujeito.

É neste momento, que o corpo torna-se a via de expressão de tais sentimentos, sendo, portanto, a dor nos pacientes fibromiálgicos, uma via privilegiada de expressão do sofrimento mental. Entretanto, juntamente com a expressão do conflito psíquico, muitas outras características do sujeito, como por exemplo, aspectos agressivos, dificuldades de relacionamento, entre outras, podem estar acopladas aos sintomas, como uma maneira de aliviar o sujeito de demais sofrimentos.

Sendo assim, estes são pacientes que necessitam de ajudas multidisciplinares para que sua dor seja compreendida, uma vez que esta é representante por uma comunicação sintomática, de uma série de sentidos e significados vivenciados especificamente por cada um, e que portanto, pode contribuir para que outras necessidades destes pacientes sejam identificadas e incluídas nas intervenções.

Neste contexto, torna-se importante buscar por uma crescente integração dos conhecimentos advindos da psicanálise com os estudos relacionados ao estresse e ao funcionamento imunológico, de modo a contribuir para uma maior compreensão das relações existentes entre o funcionamento cerebral, corporal e a vida das emoções.

Assim, pode-se construir um conhecimento de como e porquê a experiência emocional pode exercer um papel fundamental no desencadeamento, evolução e agravamento das doenças, como por exemplo a Fibromialgia, que por suas características adquire uma representação Psicossomática.

Neste sentido, podemos considerar que a experiência emocional têm a possibilidade de imprimir-se no corpo, em função das mudanças que provoca na anatomia cerebral.

## 5 CONCLUSÃO

Diante de várias investigações que se vem realizando acerca da Fibromialgia, percebe-se cada vez mais a necessidade de novos estudos que ressaltem os fatores emocionais do desenvolvimento desta patologia e do prejuízo que estes pacientes apresentam em sua qualidade de vida.

Assim, verifica-se a importância da realização de estudos multidisciplinares, pois, atualmente, estudos apontam que muitas patologias não apresentam substrato anatômico na sua constituição, sendo estas desencadeadas por aspectos emocionais que se associam a alterações neurofisiológicas, promovendo o adoecimento e a intensificação dos sintomas.

Neste sentido, estudos que direcionem para este caminho, favorecerão um olhar ampliado da equipe de profissionais, possibilitando um melhor atendimento aos pacientes destes quadros patológicos, pois compreenderão como estados emocionais, como o estresse, por exemplo, podem ocasionar alterações acerca do funcionamento imunológicos destes pacientes.

## REFERÊNCIAS

ALVES, G. J.; PALERMO-NETO, J. Neuroimunomodulação: sobre o diálogo entre os sistemas nervoso e imune. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 29, n.4, 2007. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462006005000052&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462006005000052&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 06 Jun. 2009.

BARBOSA, J. S.; DACH, F.; SPECIALI, J. G. Relação entre cefaléia primária e fibromialgia: Revisão da literatura. **Revista Brasileira de Reumatologia**, São Paulo, v. 47, n. 2, mar./abr. 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0482-50042007000200006&tlng=en&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0482-50042007000200006&tlng=en&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 06 Mai. 2009.

BIEZUS, J. **Comparação da influência das modalidades terapêuticas aquáticas – exercícios gerais e relaxamento passivo – no comportamento da dor de pacientes com fibromialgia**. 121f. 2004. Dissertação (Monografia do curso de Fisioterapia) – Universidade Unioeste, 2004. Disponível em: <<http://www.unioeste.br/projetos/elrf/monografias/2004-1/tcc/pdf/juliana%20biezus.PDF>>. Acesso em: 28 Out. 2008.

CAMELO, S. H. H.; ANGERAMI, E. L. S. Sintomas de estresse nos trabalhadores atuantes em cinco núcleos de saúde da família. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 1, jan./fev. 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692004000100003](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692004000100003)>. Acesso em: 12 Jun. 2009.

CERCHIARI, E. A. N. Psicossomática um estudo histórico e epistemológico. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 20, n. 4, p. 64-79, dez. 2000. Disponível em: < [http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932000000400008&lng=en&nrm=>](http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932000000400008&lng=en&nrm=>)>. Acesso em: 07 Ago. 2008.

COELHO, C. L. de; ÁVILA, L. A. Controvérsias sobre a Somatização. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 34, n. 6, p. 278-284, 2007. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-60832007000600004&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-60832007000600004&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 21 Mai. 2008.

FREUD, S. Fragmento da análise de um case de histeria: o primeiro sonho. In: \_\_\_\_\_. **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Tradução Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

HAYAL, A.; PASINI, W.; ACHINARD, M. **Medicina psicossomática: abordagens psicossociais**. São Paulo: Medsi, 2001.

JOCA, S. R. L.; PADOVAN, C. M.; GUIMARÃES, F. S. Estresse, depressão e hipocampo. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 25, suppl. 2, dez. 2003. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462003000600011](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462003000600011)>. Acesso em: 15 Nov. 2008.

KAUFMANN, I. et al. Lymphocyte subsets and the role of Th1/Th2 balance in stressed chronic pain patients. **NeuroImmunoModulation**, Munich, n. 14, p. 272-280, 2007.

MALDAUN, D. **Análise qualitativa dos aspectos emocionais e vivenciais de pacientes idosos portadores de retocolite ulcerativa inespecífica em atendimento ambulatorial**. 122f. 2006. Dissertação (Mestrado em educação) – Universidade estadual de Campinas, Faculdade de educação, 2006.

MARTINEZ, J. E. Fibromialgia: O desafio do diagnóstico correto. **Revista Brasileira de Reumatologia**, São Paulo, v. 46, n. 1, jan./fev. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0482-50042006000100002&script=sciarttext>>. Acesso em: 31 Ago. 2009.

MARTINS, V. A. **Psicossomática e transtornos de somatização**: Caracterização da demanda em hospital escola no período de 1996 a 2004. 77f. 2007. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

MELLO FILHO, J. **Psicossomática Hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1992.

PERESTELLO, D. **Trabalhos escolhidos**. São Paulo: Atheneu, 1987.

QUINODOZ, J. M. Estudos sobre a histeria. In: \_\_\_\_\_. **Ler Freud**: guia de leitura da obra de S. Freud. Porto Alegre: Artmed, 2007. p. 19-29.

SÁ, E. et al. A dor e o sofrimento: Algumas reflexões a propósito da compreensão psicológica da fibromialgia. **Revista Portuguesa de Psicossomática**, Porto, v. 7, n. 1-2, p. 101-113, 2005. Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/html/287/28770208/28770208.html>>. Acesso em: 16 Abr. 2009.

SANTOS, A. M. B. et al. Depressão e qualidade de vida em pacientes com fibromialgia. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, São Carlos, v. 10, n. 3, jul./set. 2006. Disponível em: <<http://www.fm.usp.br/fofiteo/fisio/pessoal/amelia/artigos/depressaofm.pdf>>. Acesso em: Mar. 2009.

SILVA, J. D. T. da; MÜLLER, M. C. Uma integração teórica entre psicossomática, stress e doenças crônicas de pele. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 24, n. 2, p. 247-256, abr.-jun. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v24n2/v24n2a11.pdf>>. Acesso em: Fev. 2009.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA. **Fibromialgia**. [s.l.]: AMB, CFM, 2004.

SOUZA JUNIOR, T. P. de; PEREIRA, B. Conceitos fisiológicos do tratamento físico-esportivo: Estresse, homeostase e alostase. **Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano**, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 206-213, 2008. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufsc.br/index.php/rbcdh/article/view/File/4169/3504>>. Acesso em: 20 Ago. 2009.

ZIMERMAN, D. E. Pacientes somatizadores. In: \_\_\_\_\_. **Fundamentos psicanalíticos: Teoria, técnica e clínica – uma abordagem didática**. Porto Alegre: Artmed, 1999. p. 239-251.

\_\_\_\_\_. Pacientes somatizadores. In: \_\_\_\_\_. **Manual de técnica psicanalítica**. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 323-332.