

**Casa de Oswaldo Cruz – FIOCRUZ**  
**Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde**

**DANIELLE SOUZA FIALHO DA SILVA**

**“O ALARME QUE PRECISA SER REGULADO”:  
OS DEBATES MÉDICOS SOBRE A FIBROMIALGIA NA SOCIEDADE  
BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA ENTRE AS DÉCADAS DE 1990 E 2010**

**Rio de Janeiro**  
**2014**

**DANIELLE SOUZA FIALHO DA SILVA**

**“O ALARME QUE PRECISA SER REGULADO”:  
OS DEBATES MÉDICOS SOBRE A FIBROMIALGIA NA SOCIEDADE  
BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA ENTRE AS DÉCADAS DE 1990 E 2010**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz – Fiocruz, como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre. Área de Concentração: História da Medicina e das Doenças.

Orientadora: Profa. Dra. Dilene Raimundo do Nascimento

Rio de Janeiro  
2014

## FICHA CATALOGRÁFICA

S586a SILVA, Danielle Souza Fialho da.

O alarme que precisa ser regulado: os debates médicos sobre a fibromialgia na sociedade brasileira de reumatologia entre as décadas de 1990 e 2010./ Danielle Souza Fialho da Silva . – Rio de Janeiro : s.n., 2014.

113 f.

Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde) – Fundação Oswaldo Cruz. Casa de Oswaldo Cruz, 2014.

Bibliografia: f. 110-113

1. História das doenças. 2. Fibromialgia. 3. Terapêutica. 4. Brasil.

CDD 616.723

**DANIELLE SOUZA FIALHO DA SILVA**

**“O ALARME QUE PRECISA SER REGULADO”:  
OS DEBATES MÉDICOS SOBRE A FIBROMIALGIA NA SOCIEDADE  
BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA ENTRE AS DÉCADAS DE 1990 E 2010**

Dissertação de mestrado apresentada ao Curso de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz, como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre. Área de Concentração: História da Medicina e das Doenças.

**BANCA EXAMINADORA:**

---

Profa. Dra. Dilene Raimundo do Nascimento (Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz – Fiocruz) – Orientadora

---

Prof. Dr. Prof. Dr. Rafael da Silva Mattos (Universidade Estadual do Rio de Janeiro)

---

Profa. Dra. Tânia Maria Dias Fernandes (Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz – Fiocruz)

**Suplentes:**

---

Profa. Dra. Tania Salgado Pimenta (Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz – Fiocruz)

---

Profa. Dra. Anna Beatriz Sá de Almeida (Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz – Fiocruz)

Rio de Janeiro  
2014

A Sri Ramakristna e a Sarada Devi.

## AGRADECIMENTOS

Estas linhas não traduzem a gratidão que sinto por todas as pessoas que fizeram parte, direta e indiretamente, destes anos de muito estudo e empenho. Foi um desafio gratificante, do ponto de vista acadêmico, e uma dádiva, do ponto de vista das amizades com que fui presenteada ao longo desta jornada. Deixo registrada a importância do carinho fraternal de pessoas que seguraram a minha mão nos momentos de desespero; de cumprir os prazos; e de achar que não daria conta de ser uma mulher multitarefas. Registro também que este trabalho é coletivo e que tanto as conversas formais como as informais, fora dos momentos de solidão da escrita, me ajudaram enormemente a pensar esta pesquisa.

Ao Swami Nirmalatmananda agradeço as três perguntas que sempre me estimularam a ser respondidas com ações. Aqui está o resultado! Muito obrigada pelo carinho, orientações sábias e por me ouvir com amor.

À minha orientadora Dilene Raimundo do Nascimento agradeço a confiança, a orientação segura, a paciência, as pequenas delicadezas e as palavras firmes que me incentivaram ao longo do mestrado.

À Nathercia Martinelle agradeço a inspiração, as sugestões e as leituras críticas que me ajudaram na construção da pesquisa.

A todos os professores e professoras do PPGHCS, com quem tive o prazer de estudar, meu muito obrigada por dividir seus saberes. Ao Luis Otávio e à Nara Azevedo agradeço a apresentação da bibliográfica de História das Ciências; aos professores Magali Romero e Luiz Antônio agradeço os debates instigantes e provocativos da historiografia da saúde; à professora Tânia Fernandes, em especial, agradeço as críticas e sugestões que ajudaram a reorientar o trabalho após a qualificação; ao professor Robert Werner agradeço a “ordenação do caos”, aulas estimulantes, organização didática dos conteúdos e apresentação de questões desafiadoras em relação a pesquisa.

Agradeço ao pessoal do Programa de Pós-Graduação PPGHCS, coordenação e corpo técnico o trabalho cordial e competente, que possibilitou uma vivência acadêmica singular. Agradeço em particular a Paulo Chagas, Cláudia Cruz, Sandro Hilário e Nelson Nascimento.

Ao professor Rafael Mattos, da Uerj, agradeço as críticas e sugestões epistemológicas na banca de qualificação, que me permitiram sofisticar o debate e aperfeiçoar a pesquisa.

Agradeço aos serviços eficientes da equipe da biblioteca do Hospital Universitário

Clementino Chagas Filho da UFRJ, pela cópia em PDF das fontes, e em particular a Tânia Margareth Borges de Souza.

Agradeço à Sociedade Brasileira de Reumatologia a gentileza do envio de artigos em PDF utilizados na pesquisa.

À professora Marisa Palácios, do Programa de Pós-Graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva (PPGBIOS) e à direção do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva (IESC) da UFRJ agradeço o apoio e a liberação para frequentar aulas. À Faculdade de Educação da UFRJ, nas pessoas das professoras Ana Maria Monteiro e Elaine Constant, agradeço a licença de um mês concedida, essencial para a redação deste trabalho. Agradeço da mesma forma à equipe da PR-4 e a Raphael Pizzino.

Aos amigos e amigas da Universidade Federal do Rio de Janeiro, agradeço as palavras encorajadoras e estímulos de toda ordem. Para Fátima Cristina meu muito obrigada por sua torcida, empolgação, conversas e descontração. Agradeço os auxílios profissionais, as piadas e ensinamentos práticos à Nadja. Ao Gustavo Cravo e ao Hugo Maior agradeço por dividir as angústias profissionais e acadêmicas. Bia, obrigada pelos incentivos, caronas e por tornar o ambiente de trabalho mais divertido com suas tiradas inteligentes. Sandra Becker, obrigada pelos livros e pela doçura. Querida Inês, que acompanhou desde o início a minha vontade de cursar o mestrado, não tenho palavras que exprimam minha gratidão pelas revisões, sugestões, carinhos e mimos.

A todos integrantes do grupo de estudo de História das Doenças – Matheus Duarte, Lissandra Queiroga, Elisabeth Henna e Tarsila Garcia – agradeço as trocas e debates.

Aos colegas do PPGHCS, obrigada pelos debates acadêmicos perspicazes, pelas trocas e diversões na hora do café e do “encontro às quintas noturno”. Raquel Viana, obrigada por sempre me ouvir e dar sábios conselhos – que alegria nossos caminhos se esbarrarem novamente! Luciano Monteiro e Ede Cerqueira, obrigada por me socorrerem com textos em PDF e dúvidas acadêmicas. A Dênis Jogas e Érica Carvalho, a geração “pera com Ovomaltine”, agradeço a diversão. Rodrigo Moraes, meu muito obrigada por compartilhar a tese do professor Rafael Mattos – que foi significativa para minha pesquisa. A Marcela Fagagnoli agradeço por tornar a vida mais doce e alegre com seus comentários irreverentes. Ana Rocha, agradeço a solidariedade e por me salvar academicamente nas formatações e entregas de documentos.

À Eliza Vianna, meu agradecimento em especial pelas observações inteligentes,

revisões, grandeza de alma e por me auxiliar na vivência acadêmica. Agradeço também pelas visitas e conversas na Praia Vermelha – muito bom tê-la como amiga nesta jornada!

A Carla Kurz e Rubinho, meu obrigada por sugestões que foram incorporadas na redação, produto da caminhada “à la Nietzsche” na Lagoa.

Às amigas Marcela Goldmacher, Tânia Mittelman e Carolina Tavares agradeço os incentivos e a compreensão do tempo mais curto e corrido. À Tatiana Bagetti agradeço as revisões e o carinho prestativo. À Angélica Rosa agradeço as dicas institucionais e os incentivos. À Ana Júlia Porto agradeço a torcida. À Letícia Cantarela agradeço o exemplo. À kaunis kukka, Maija Anukka agradeço a profecia. À Natasha du Patovince agradeço o referencial de resiliência. À Cissa Gomes e ao nosso lindo chuchuzinho, Pedro Ângelo, o desvelo e por compartilhar a casa externa e interna – amo vocês!

À minha querida e amada Sirtes Carvalho de Castro, que me apoiou de todas as formas, obrigada por seu amor.

Aos amigos da Vedanta, em especial Luiz Antônio e Ana Capelini, agradeço as cobranças amorosas.

À Renata Schittino agradeço a presteza do socorro quando tudo o que estava pensando precisava ser reorganizado – suas questões foram fundamentais pra mim!

À Aline Bagetti agradeço o auxílio com conhecimentos sobre filosofia e o compartilhar da bibliografia.

Ao professor do Programa de Pós-Graduação em Filosofia da UFRJ, André Martins Villar de Carvalho, agradeço os esclarecimentos informais de última hora do campo da filosofia.

Às mestres de yoga Ana Poubel e Niza, esse ofício milenar, agradeço o equilíbrio entre corpo e mente. Obrigada Ana por suas palavras sábias e sincera amizade!

Agradeço a minha família, que foi incrível durante esse tempo, me encorajando e compreendendo as ausências. Agradeço às “três Rosas”: à Rosália Cunha, minha sogra querida, por me entender mais do que ninguém e que, quando menos eu esperava, nos enviava um quitute; à Rosalina Cunha, por sempre me receber com carinho; à Rosamélia Cunha, que acompanhou meus passos na direção do mestrado, lendo o meu projeto, dando sugestões e tirando as dúvidas sobre medicina. Aos “três Jotas”: Juarez Fialho, agradeço o entusiasmo; a Jair Fialho agradeço os comentários particulares; Jairo Fialho, meu querido e amado pai, agradeço por tudo que me ensinou, seus valores éticos e virtudes – obrigada por tudo! À



minha vizinha querida, dona Brasília Fialho, eu agradeço o contentamento por eu concluir o mestrado, mesmo sem entender muito bem o que é. À minha irmã Marcelle Fialho e Ricardo agradeço, em especial, pelas traduções dos inúmeros artigos da pesquisa – a contribuição de vocês foi fundamental! Agradeço à minha mãe Neuza Ruiz, a meus irmãos Nemo, Christopher Ruiz, Michael Stango, Alex Ruiz, Régis Barbosa e Isabelle Barbosa por estarem na minha vida – obrigada pelo Natal de comunhão de 2013!

Agradeço aos meus avós que não estão mais aqui: meu avô paterno, João Lima da Silva, por seus cuidados e ensinamentos, e a avó materna, Alice Magalhães, por cuidados celestiais.

Por último, mas não menos importante, ao meu companheiro de todos os dias, que sentiu comigo as dores e delícias desta jornada, Rodrigo Milone, agradeço o amor.

Segundo a filosofia Advaita, existe apenas uma coisa real no universo denominada Brahman. Tudo o mais é irreal, manifestando-se e sendo criado a partir de Brahman pelo poder de *maya*. Voltar a Brahman é a nossa meta. Cada um de nós é Brahman, a Realidade, acrescido de *maya*. Ao livrar-se de *maya*, ou a ignorância, nós nos tornamos o que realmente somos.

Vivekananda

## RESUMO

A fibromialgia é uma patologia que tem como sintoma principal a dor difusa e intensa no corpo. Os indivíduos afetados por ela não apresentam substrato anatômico-patológico, e a causa das dores ainda é desconhecida. As pessoas diagnosticadas não possuem nenhum sinal externo, físico, de que estão sofrendo, e frequentemente suas dores são desacreditadas. Esta pesquisa analisa os debates médicos presentes na Sociedade Brasileira de Reumatologia (SBR), por meio dos seus protocolos de diagnóstico e de tratamento, bem como dos artigos de seu periódico institucional, entre o período de 1999, quando são validados os critérios de diagnóstico para a fibromialgia aqui no Brasil, e 2010, ano do primeiro consenso para o tratamento da doença. Apesar de existirem registros dos sintomas de fibromialgia desde o final do século XIX, a doença só foi nominada e definida clinicamente no contexto da década de 1980, nos EUA. Durante décadas os sintomas foram denominados *fibrosite*. As instituições voltadas para pesquisar ações para o enfrentamento da dor desempenharam um papel significativo naquele período. Notamos que a fibromialgia apresenta como comorbidade frequente a depressão – que, segundo os artigos médicos, atinge boa parte dos pacientes. O discurso biomédico assinala controvérsias sobre inúmeros critérios subjetivos para elaboração do diagnóstico. Porém, essa subjetividade se confronta com as demandas de objetivação da racionalidade biomédica, como, por exemplo, na “materialidade da dor”, legitimada por exames. Apesar dessas demandas, notamos que a subjetividade da doença fibromialgia foi territorializada no campo da reumatologia. Sobretudo, com a indicação terapêutica para cuidar do “*status mental*” do paciente. Dessa forma, acreditamos que a terapêutica incorpora novos elementos no estilo de pensamento nos termos de Fleck. Embora tenha sido nominada e seus critérios de diagnóstico definidos, a fibromialgia é uma doença que ainda está em processo de “enquadramento”.

**Palavras-chave: fibromialgia, racionalidade médica, história da doença, história da medicina.**

## ABSTRACT

Fibromyalgia is a disease whose main symptom is diffuse and intense pain in the body . Affected individuals do not exhibit pathological - anatomical substrate and the cause of pain is *yet uncertain*. When diagnosed, people have no physical signal that they are suffering and their pain are often discredited. This research analyzes the medical debates presented by the Brazilian Society of Rheumatology (SBR), through its protocols for diagnosis and treatment, as well as the articles of its institutional journal between 1999 and 2010. The period between the validation of the diagnostic criteria and the first consensus for the treatment of disease. Although there are records of symptoms since the late nineteenth century, the disease was only nominated and clinically defined in the context of the 1980s in the USA. During decades the symptoms were called '*fibrositis*'. Institutions focused on research actions for coping with pain played a significant role in that period. We note that fibromyalgia presents as frequent comorbid symptom depression, that, as some doctors articles says, reaches most of the patients. The biomedical view points out controversies on the numerous subjective criterias for reaching the diagnosis. However, this subjectivity is confronted with the demands of biomedical rationality, such as the "materiality of pain", legitimized by examinations. Despite these demands, we note that the subjectivity of the disease fibromyalgia was territorialized in the field of rheumatology, with especial indication regarding the "mental care" of the of the patient. Thus, we believe that therapy incorporates new elements in the style of thinking in terms of Fleck and although fibromyalgia has been nominated have defined diagnostic criterias, it remains in "the framing process".

**Key-words: fibromyalgia, medical rationality, history of disease, history of medicine.**

**LISTA DE ILUSTRAÇÕES**

- Quadro 1 – Tipos de dor, sob o ponto de vista médico, no séc. XVIII (página 29)
- Quadro 2 – Tipos de dor de acordo com a SBED (página 39)
- Quadro 3 – Controvérsias (página 61)
- Quadro 4 – Dor em geral (página 79)
- Quadro 5 – Dor na fibromialgia (página 80)
- Quadro 6 – Projeto Diretrizes: Fibromialgia (2004) – (página 81)
- Quadro 7 – Sintomas “leves” e “intensos” dos pacientes com fibromialgia (página 85)
- Quadro 8 – Comportamentos esperado e não esperado do paciente (página 92)
- Quadro 9 – Consenso brasileiro de tratamento da fibromialgia (páginas 97-98)
- 
- Figura 1 – A causa da fibromialgia (página 41)
- Figura 2 – Autor, ano (página 52)
- Figura 3 – *Tender points* (página 52)
- Figura 4 – Questionário aplicado pelo Hospital São Paulo para identificação de portadores de fibromialgia (página 54)
- Figura 5 – Dificuldades de diagnóstico (página 57)
- Figura 6 – Índice da *Cartilha para pacientes* (página 99)

**LISTA DE SIGLAS**

- ACR – American College of Rheumatology  
AMB – Associação Médica Brasileira  
CFM – Conselho Federal de Medicina  
DS – Distúrbios do sono  
FBM – Fibromialgia  
FBN – Fundação Biblioteca Nacional  
FM – Fibromialgia  
HUCFF – Hospital Universitário Clementino Fraga Filho  
Iasp – International Association for the Study of Pain  
IMS – Instituto de Medicina Social  
NIAMS – Instituto Nacional Americano de Transtornos Musculoesqueléticos e da Pele  
OMS – Organização Mundial da Saúde  
RBR – Revista Brasileira de Reumatologia  
SBED – Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor  
SBR – Sociedade Brasileira de Reumatologia  
SF – Síndrome fibromiálgica  
SFM – Síndrome da fibromialgia  
SNC – Sistema nervoso central

## Sumário

<b>Introdução</b> .....	<b>16</b>
<b>Capítulo 1 – As diversas faces da dor: história, culturas e conhecimento médico</b> .....	<b>24</b>
1.1 – A dor como “necessidade da vida” e como uma “amiga sincera” .....	25
1.2 – O século XIX e as grandes descobertas: utilidade da dor, analgesia e anestesia .....	34
1.3 – A dor na primeira metade do século XX: a embriogênese .....	37
1.4 – Mudanças com Leriche, Bonica e <i>Iasp</i> – a dor como um “sinistro presente” ..	39
1.5 – “Uma dor diferente” .....	42
<b>Capítulo 2 – A fibromialgia “saindo do armário”: conhecimento médico, diagnóstico e controvérsias na <i>Revista Brasileira de Reumatologia</i> entre as décadas de 1990 e 2010</b> ....	<b>44</b>
2.1 – A medicina e o conhecimento biomédico sobre as doenças .....	48
2.2. – Doença e diagnóstico .....	51
2.3 – A questão das controvérsias .....	62
2.4 – A racionalidade médica e a ciência .....	71
2.5 – A territorialização da fibromialgia .....	74
<b>Capítulo 3 – “O alarme que precisa ser regulado” – o tratamento da fibromialgia divulgado pela Sociedade Brasileira de Reumatologia entre 1990 e 2010</b> .....	<b>78</b>
3.1 – O “alarme que precisa ser regulado”: o cuidado com a dor .....	79
3.2 – O “ <i>status mental</i> ” dos pacientes .....	82
3.3 – “Incapacidade funcional” e vida laboral .....	87
3.4 – As técnicas corporais e o tratamento da fibromialgia .....	89
3.5 – O Consenso brasileiro de tratamento da fibromialgia de 2009 e a Cartilha para pacientes com fibromialgia: “Conhecimento também é tratamento” .....	95
<b>Considerações finais</b> .....	<b>103</b>
<b>Referências</b> .....	<b>106</b>
<b>Fontes</b> .....	<b>106</b>
<b>Bibliografia</b> .....	<b>110</b>

## Introdução

*Dói. E como dói. Ontem, hoje, amanhã. Dói sempre. Às vezes mais, às vezes menos. Mas parar de doer é raro. Dor nos ombros, nos braços, nas costas, nas pernas, na cabeça, nos pés. Quem tem fibromialgia conhece bem o corpo. Todo ele reclama. A ponto de, em momentos de crise, um toque delicado como o de uma flor incomodar. (...) E uma situação assim demorou a ser considerada um mal físico. Era confundida com depressão e estresse. Por falta de informação — e diagnóstico —, os pacientes ainda tinham que sofrer na alma o transtorno que a dor já impingia ao corpo.*

*Revista Saúde, março de 2009*

“Dói tudo” é a expressão comum dos pacientes que, muitas vezes, chegam aos médicos reumatologistas com dificuldades para realizar atividades simples do cotidiano, como pentear o cabelo. A fibromialgia é uma patologia cujo sintoma mais importante é a dor difusa no corpo. Pacientes, com frequência, relatam a descrença na dor por parte dos profissionais de saúde, amigos e familiares; algumas vezes, a percepção do outro sobre o sofrimento é encarada como “frescura”. Relatos sobre a experiência da doença como esse acima, publicado na *Revista Saúde*, são recorrentes na mídia impressa e em blogs de pacientes<sup>1</sup>, narrando os percalços de quem apresenta esses sintomas, bem como os desafios enfrentados na construção do diagnóstico.

Os indivíduos que sofrem de fibromialgia possuem grande sensibilidade ao toque e à compressão da musculatura em diversos pontos do corpo. As dores não são acompanhadas por substrato anatomopatológico, nem de inflamações nas articulações ou lesões que possam ser comprovadas por exames.<sup>2</sup> O diagnóstico da doença é, portanto, clínico. Apesar do aumento do número de pacientes nos últimos anos, poucas pessoas conhecem a fibromialgia. O primeiro contato geralmente acontece em função de parentes ou pessoas próximas que são diagnosticadas.

Os sintomas da fibromialgia não produzem lesões em seus pacientes – a doença é “invisível”. Tal invisibilidade corrobora a descrença diante do sofrimento e com julgamentos de que é “frescura” ou que estão exagerando os sintomas.

Nossa pesquisa não versa sobre os relatos desses pacientes e sim busca compreender

---

<sup>1</sup> Ver por exemplo: A dor e a delícia de ser o que é. Vivendo com Fibromialgia. Texto publicado em 05 de junho de 2006. Disponível em: [http://vivendocomfibromialgia.blogspot.com.br/2006\\_06\\_01\\_archive.html](http://vivendocomfibromialgia.blogspot.com.br/2006_06_01_archive.html) Acesso em 05 de junho de 2013.

<sup>2</sup> PROVENZA, JR et al . Fibromialgia. *Rev. Bras. Reumatol.*, São Paulo, v. 44, n. 6, Dec. 2004. Acesso em 17 Nov. 2012.



os debates médicos no campo da reumatologia – especialidade que nominou os sintomas e classificou a doença fibromialgia. Para realizar essa tarefa, nossas fontes históricas são os periódicos da Sociedade Brasileira de Reumatologia (SBR)<sup>3</sup> e do *site* dessa instituição médica.

Dados estatísticos da *Revista Brasileira de Reumatologia (RBR)*<sup>4</sup> afirmam que cerca de 2% a 3% da população mundial, principalmente dos países industrializados, são atingidos pela doença e que cerca de 90% dos pacientes são mulheres.<sup>5</sup> Porém, a fibromialgia pode acometer crianças, jovens, adultos e idosos de ambos os sexos. Os artigos e *site* da SBR assinalam que a fibromialgia é a segunda doença reumatológica mais diagnosticada nos consultórios.

De acordo com artigos da *RBR* e *site* da SBR, o fato de a fibromialgia não apresentar uma correspondência com lesões físicas – elementos biomédicos da “objetividade” – implicou inúmeras controvérsias quanto ao seu diagnóstico, etiologia e classificação. Por isso, alguns autores de artigos consideram a doença “intrigante”, e observamos polêmicas no discurso médico que assinalam que a fibromialgia pode ser: doença de “somatização”, “depressão mascarada”, “manifestação psicológica através da dor”; há, inclusive, dúvidas se os sintomas constituiriam ainda uma doença reumatológica, em vez de uma patologia psiquiátrica. Tais polêmicas são significativas, pois se referem ao “*status mental*” da fibromialgia, sugerindo, dessa forma, a importância da subjetividade.

É interessante notar que tanto o *site* da SBR quanto a *Cartilha para pacientes* de 2010 dessa instituição assinalam que a dor do paciente não é psicológica, confirmando a construção da doença em seu campo e rechaçando qualquer possibilidade de enquadramento em outra especialidade biomédica.

Os sintomas da fibromialgia são relatados há bastante tempo. Segundo os artigos do periódico, existem registros desde o século XIX, mas os indivíduos que tinham essa sintomatologia eram considerados “histéricos” ou “neurastênicos”. No entanto, a doença foi nominada há pouco mais de duas décadas, em 1987, e foi diferenciada da classificação de fibrosite, em 1907.

---

<sup>3</sup> Doravante referida pela sigla SBR.

<sup>4</sup> Doravante denominada pela sigla RBR.

<sup>5</sup> Provenza Jr. também a tese de Rafael da Silva Mattos, “Fibromialgia e dor: um estudo de caso sobre o mal-estar no trabalho e adoecimento”. IMS, UERJ, 2011.

Podemos dizer que se trata de uma entidade nosológica construída mais recentemente, classificada há pouco mais de duas décadas e ignorada por boa parte da população. A fibromialgia ainda demanda pesquisas sobre a sua causa e motiva debates entre os profissionais de saúde. O diagnóstico parece ser, não obstante, problemático; seja pelos conhecimentos incipientes no campo da reumatologia sobre um sintoma doloroso classificado como “crônico”, sem substrato anatômico, seja pela descrença nos relatos de dor dos próprios pacientes.

O objetivo geral da nossa pesquisa foi analisar os debates biomédicos envolvidos na classificação da fibromialgia na *RBR*, bem como os critérios de diagnóstico e protocolos de tratamento. O período de recorte compreende o ano de 1999, período de validação dos critérios para o diagnóstico pela SBR, ao período do Consenso brasileiro de tratamento da fibromialgia, também realizado pela SBR em 2010.

Nossas fontes nos permitem pensar como uma patologia sem substrato anatomopatológico e com muitos aspectos subjetivos foi enquadrada no campo da reumatologia e não da psiquiatria. Utilizando categorias de Deleuze e Guattari, acreditamos que a fibromialgia foi territorializada na especialidade médica da reumatologia porque seus profissionais, apesar de não encontrarem uma causa orgânica que justificasse as queixas, aceitaram os sintomas das dores difusas dos pacientes e ofereceram uma terapêutica para eles.

Acreditamos também que a terapêutica propagada pela SBR oferece novos elementos no estilo de pensamento biomédico nos termos de Fleck, uma vez que a terapêutica inclui a subjetividade. Podemos notar que a reumatologia produziu protocolos de tratamento que pretende cuidar deste aspecto, como, por exemplo, indicação de psicoterapia.

Sobre a nossa fonte de pesquisa, podemos dizer que a *Revista Brasileira de Reumatologia (RBR)* é uma publicação bimestral, produzida pela Sociedade Brasileira de Reumatologia, fundada em 1957. A revista promove a divulgação de pesquisas, diagnósticos e tratamentos de doenças que acometem ossos, articulações e cartilagens. Em seu conteúdo, encontramos temas reumatológicos e correlatos, como, por exemplo, da área de psiquiatria e psicologia, inclusive artigos que analisam a fibromialgia sob esta perspectiva. O corpo editorial do periódico é composto em maior parte por médicos da área de reumatologia, com vínculo com universidades públicas e privadas ou com cargos em hospitais públicos ou privados. Inclusive, a maioria dos autores dos artigos publicados corresponde a essa especialidade médica. Outros especialistas não médicos (psicólogos, educadores físicos,

fisioterapeutas, terapeutas holísticos) e médicos (psiquiatras, endocrinologistas, imunologistas, pediatras, neurologistas, hematologistas, especialistas em saúde pública) escrevem geralmente acompanhados de autores da reumatologia. Observamos que os artigos relacionados à fibromialgia, no nosso recorte temporal, exceto um não foi assinado por profissional da reumatologia, mas da área da neurologia. Esse fato pode ser compreendido a luz da hipótese mais aceita entre os reumatologistas que escrevem na *RBR*: a de que as dores da fibromialgia são produto de um mal funcionamento dos neurotransmissores.

A partir de 2009 a *RBR* passou a publicar artigos bilíngües também, embora já publicasse artigos de autores estrangeiros. Atualmente, a revista é indexada ao *Scielo*, *Lilacs*, *Scopus*, *Index Copernicus* e *PubMed/Medline*. O periódico impresso contém propaganda de medicamentos, enquanto os artigos da *web* não possuem tais divulgações. Segundo a classificação da SBR, o caráter da revista é “científico”, enquanto o *site* da SBR, disponível na *web* desde 1998, é um veículo de interlocução médica e com o público não médico. O *Boletim da SBR* é uma publicação que pretende divulgar informações da área médica de forma “ágil, agradável e imparcial”, segundo a SBR. Os protocolos de diagnóstico e tratamento podem ser lidos nos boletins, artigos e nas páginas virtuais. A linguagem do *site* diferencia-se da escrita biomédica dos artigos, pois possui um tom pedagógico voltado para o público leigo. Os artigos da *RBR* publicados a partir de 2004, bem como o *Boletim*, encontram-se disponíveis para acesso *on line* no *site* da SBR, e o restante ainda não foi digitalizado, porém, encontra-se disponível na Fundação Biblioteca Nacional (FBN).

O passo a passo metodológico desta dissertação compreendeu primeiramente o levantamento das fontes do periódico da SBR, realizado por meio da *web* e igualmente na FBN. A digitalização dos artigos, anteriores a 2004, foi solicitada na Biblioteca do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF) da UFRJ. As questões norteadoras para análise, segundo passo na pesquisa, foram: (a) Quem escreve? Quem são os profissionais que assinam os artigos? (b) Para quem escrevem? (c) Como escrevem? (d) O que escrevem sobre a fibromialgia? Buscamos responder a essas questões nos **Capítulos 2 e 3** deste trabalho.

Na leitura e análise dos artigos da *RBR*, identificamos três temas principais, que são: nosologia (critérios de classificação de acordo com a etiologia, patogênese e sintomatologia), diagnóstico e tratamento. A terceira etapa foi o levantamento de produções acadêmicas da área das ciências humanas sobre a fibromialgia e de bibliografia para desenvolvimento do nosso aporte teórico. Por último, a redação deste trabalho.

Esta pesquisa se insere na linha de História da Medicina e das Doenças. Isso significa dizer que esse campo da historiografia busca compreender e problematizar as relações de saber construídas no campo biomédico, tanto institucional quanto de seus conceitos, classificações e etiologias produzidas. Entendemos que as categorias de saúde e doença são criadas socialmente e são produtos de processos históricos.

Dentro de uma perspectiva teórica das ciências humanas, destacamos dois trabalhos acadêmicos produzidos no Instituto de Medicina Social (IMS) da Uerj. O primeiro é uma dissertação de mestrado de 2002, de Maria Lúcia Alves Cavaliere, com o título *Efetividade de um programa multidisciplinar de tratamento da fibromialgia*.<sup>6</sup> A pesquisa consistiu em um estudo clínico comparativo com pacientes do ambulatório de reumatologia de um hospital universitário. O escopo da pesquisa foi avaliar o impacto dos exercícios físicos e da psicoterapia sobre os pacientes, e ela se insere mais na análise da terapêutica relacionada à patologia.

O segundo trabalho acadêmico que consideramos com contribuições mais significativas é a tese de doutorado de Rafael da Silva Mattos, *Fibromialgia e dor: um estudo de caso sobre o mal-estar no trabalho e adoecimento*, de 2011. Nela, o autor busca uma linha teórica sob a ótica das ciências sociais no campo da saúde coletiva. Mattos relaciona o adoecimento – ou seja, a fibromialgia – às demandas do mundo do trabalho. Consideramos a pesquisa valiosa tanto pelo aporte teórico quanto pelas suas reflexões.

No estudo desenvolvido pelo autor, as mulheres ocupam um lugar singular, pois fazem parte de um Projeto de Extensão que tem como subprojeto o Tratamento Multidisciplinar de Pacientes Portadores de Fibromialgia, criado em 2000. Mattos levanta questões e possíveis explicações sobre o fato de as mulheres sofrerem desse mal majoritariamente: o regime de trabalho seria produtor de uma experiência de sofrimento e não de realização, somando-se ao fato de que às mulheres e não aos homens é autorizada a experiência da dor, pois ela estaria associada, historicamente, à fraqueza.

A hipótese que Mattos sustenta é de que a fibromialgia seria uma doença que aparece mais nas mulheres em função dos papéis de gênero em relação à dor: admitindo dor, os homens estariam se associando à fraqueza, enquanto, para mulheres, admitir dor é algo socialmente permitido. Desse modo, a experiência da doença e da dor é analisada pelo autor

---

<sup>6</sup> CAVALIERE, Maria Lucia Alves. *Efetividade de um programa multidisciplinar de tratamento da fibromialgia*. Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, UERJ, 2002. (Tese de mestrado.)

com uma abordagem sociocultural. Segundo Mattos, em função da desinformação, a dor é encarada por algumas pessoas como “frescura”, e as pacientes, taxadas como nervosas e “frescas”.

Apesar de chamar atenção para o fato de o estudo desenvolvido não poder ser generalizado para o Brasil, o autor sustenta como hipótese central que a recusa do regime social de trabalho se inscreve no corpo.<sup>7</sup> Em sua análise, o desenvolvimento da síndrome fibromiálgica está relacionado à construção de uma forma de recusa, bem como a uma “manifestação do sofrimento oriundo de relações opressivas”.<sup>8</sup> Portanto, a vida laboral e a análise dos papéis de gênero constituem aspectos significativos do trabalho de Mattos.

Outra pesquisa que consideramos importante e que trouxe contribuições para nossa análise é a dissertação de mestrado em Educação da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) da reumatologista Rejane Leal Conceição da Costa Araújo, intitulada *Doenças: construção e realidade na formação dos médicos – Objeto Fronteira como instrumento de interação de diferentes estilos de pensamento*.<sup>9</sup> A autora, a partir de questionamentos sobre o saber e a construção do conhecimento médico, faz uma análise de doenças que têm sintomas parecidos mas classificadas e nominadas diferentemente, de acordo com cada especialidade médica. Por exemplo, sintomas como dor, depressão e insônia podem ser identificados pelos reumatologistas como síndrome da fibromialgia; pelos ortopedistas, como síndrome da dor miofacial; pelos infectologistas, como síndrome da fadiga crônica; pelos psiquiatras, como síndrome depressiva; pela medicina do trabalho, como doença ortomuscular relacionada ao trabalho. Segundo a autora, cada especialidade valoriza um sintoma não específico.

Para Araújo, o modelo de educação Flexner, adotado pelos EUA, influenciou o ensino da medicina no Brasil. Tal modelo consolidou a fragmentação do conhecimento biomédico e a divisão em disciplinas – que, por sua vez, reflete um estilo de pensamento nos termos de Fleck. O padrão de consulta médica vigente obedece a uma racionalidade que valoriza a doença orgânica, segundo a autora, privilegiando o sofrimento físico em detrimento do subjetivo. Ou seja, o estilo de pensamento biomédico analisa o paciente por partes e não observa o todo.

A partir da experiência de seu consultório médico com pacientes, Araújo desenvolveu

---

<sup>7</sup> MATTOS, *op. cit.*, 2011, p. 266.

<sup>8</sup> *Ibidem*, p. 227.

<sup>9</sup> ARAÚJO, Rejane. Doença: Construção e realidade e formação dos médicos. Dissertação de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, 2002.

interesse em buscar respostas para as dúvidas sobre a construção de diagnósticos como o da fibromialgia, pois, para ela, a avaliação limitada ao biomédico não era suficiente para chegar a tal classificação. A proposta de seu estudo é uma diagnose além da dor, na qual o médico avalie hábitos e histórias de vida, realizando uma avaliação biopsicossocial.<sup>10</sup>

Nesta pesquisa, buscamos um caminho diferente de Cavaliere, Mattos e Araújo, em conformidade com o campo de estudo no qual se insere este trabalho: História das Ciências e da Saúde.

No **Capítulo 1**, intitulado *As diversas faces da dor: história, culturas e conhecimento biomédico*, o objetivo foi verificar e apresentar algumas concepções antropológicas e históricas sobre dor – pois é o sintoma considerado mais importante para a construção da doença fibromialgia e no qual se apoiam os questionamentos e a legitimação da reumatologia. Sob uma perspectiva de longa duração, notamos que as representações sobre a dor diferem ao longo do tempo e que elas podem ser reeditadas. Sobretudo, buscamos destacar como grupos que lidam com o processo de saúde, doença e cura percebem o sofrimento físico. Buscamos compreender como o conhecimento científico, tecnológico e clínico modificou a perspectiva biomédica sobre a dor. O papel dos grupos que pesquisaram a dor e ampliaram a noção de sofrimento, como o da International Association for the Study of Pain (Iasp) e da Clínica da Dor, ajudam a compreender o contexto de nomeação e classificação da fibromialgia nos debates médicos da SBR, analisados no capítulo seguinte.

*A fibromialgia “saindo do armário”: conhecimento médico, diagnóstico e controvérsias na Revista Brasileira de Reumatologia entre as décadas de 1990 e 2010* constitui o título do **Capítulo 2**. Utilizamos, nesse título, a metáfora dos autores de artigo da *RBR*, que chamam atenção para a construção da fibromialgia na reumatologia e de sua respectiva divulgação. O objetivo é analisar a “natureza do conhecimento médico” e refletir sobre a questão do diagnóstico da fibromialgia, da racionalidade médica e das controvérsias sobre o assunto. Buscamos entender que teorias explicativas são adotadas pelos profissionais de saúde acerca da doença e que conhecimentos foram acionados nessa construção. Destacamos a elaboração dos critérios de diagnóstico da fibromialgia validados em 1999 pela Sociedade Brasileira de Reumatologia (SBR). Faz parte da nossa reflexão entender por que a entidade nosológica fibromialgia foi construída no campo da reumatologia e não em outra área médica.

---

<sup>10</sup> *Ibidem*.

No **Capítulo 3**, “*O alarme que precisa ser regulado*” – o tratamento da fibromialgia divulgado pela Sociedade Brasileira de Reumatologia entre as décadas de 1990 e 2010, apresentamos a análise dos artigos da *RBR* acerca do tratamento e a relação da doença com o conceito de “qualidade de vida”. Buscamos compreender como as controvérsias sobre a fibromialgia se relacionam com a terapêutica da doença e como ela foi territorializada na reumatologia. Analisamos o discurso dos profissionais que escrevem na *RBR* e os documentos que definem terapêuticas: o *Projeto Diretrizes: Fibromialgia*, de 2004, direcionado à comunidade médica fora da área de reumatologia, e o protocolo de 2010, denominado *Consenso brasileiro do tratamento da fibromialgia*. Acrescentamos em nossa análise a *Cartilha para pacientes*, lançada e disponibilizada no *site* da SBR, no ano seguinte ao consenso.

A análise dos debates médicos sobre a construção da entidade nosológica, do diagnóstico e da terapêutica da fibromialgia pode elucidar alguns pontos: de que modo uma doença fala da sociedade em que vivemos, como a dor e as formas de sofrimento são percebidas e se inserem no cotidiano, e, finalmente, de que maneira o conhecimento biomédico chancela os sofrimentos emocionais e mentais no plano biológico.

## Capítulo 1 – As diversas faces da dor: história, culturas e conhecimento médico

*A dor é uma linguagem, e a linguagem da dor contribui para ampliar e perpetuar um comportamento doloroso.*

(J. Cambier)

A dor e as formas de sofrimento variam no tempo e no espaço. Segundo Le Breton,<sup>11</sup> a anatomia e a fisiologia não são suficientes para explicar as variações socioculturais da dor. Nela, reside um caráter íntimo individual, “mas é ao mesmo tempo impregnada do social, do cultural, do relacional, e é fruto de uma educação, que não escapa o meio social”.<sup>12</sup> Na maior parte das doenças, a dor se faz presente e é o fundamento para as práticas curativas dos médicos. Da mesma forma que a doença, a dor é individual e social ao mesmo tempo.

Em algumas culturas, sentir dor pode ter um valor sagrado. No Ceilão, existe um ritual de suspensão por ganchos no qual um indivíduo escolhido, representante do poder dos deuses, é pendurado com cordas e ganchos – na própria pele e nos músculos das costas – e balançado em grandes giros de aldeia em aldeia, em veículo especial. Acredita-se que tal ritual abençoa a colheita e as crianças. Os escolhidos para serem suspensos carregam um semblante de exaltação.<sup>13</sup>

Existem relatos de mulheres de origem africana que não sentiam cólicas menstruais enquanto moravam em seus países natais, mas que, ao mudarem para Europa, perceberam que passaram a sofrer dores e indisposição com a menstruação. Foi observado que em seus países de origem, em suas comunidades, tal dor não era socialmente permitida.<sup>14</sup>

A dor pode ser entendida do ponto de vista dos grupos sociais.<sup>15</sup> Na França do século XIX, a gota era apresentada como uma doença das pessoas ricas e muito saudáveis. Os trópicos, tribos nômades e população mais pobre estariam livres da doença, que era identificada com países “civilizados” e “grandes cidades”. Por sua vez, o reumatismo era considerado uma doença que se abate sobre o camponês, o cidadão, o indivíduo isolado. As representações de gênero sobre a dor variam. Ora a mulher é considerada mais resistente à

---

<sup>11</sup> LE BRETON, David. *Antropologie de la douleur*. Paris: Métailie, 2006.

<sup>12</sup> *Ibidem*, p. 11.

<sup>13</sup> DELORME, Thierry. *La douleur un mal à combattre*. Paris: 1999.

<sup>14</sup> GUERCI, Antônio & CONSIGLIERE, Stefania. Por uma antropologia da dor: nota preliminar. *Ilha Revista de Antropologia*, Universidade Federal de Santa Catarina, v.1, n.1, 2, 1999.

<sup>15</sup> REY, Roselyne. *História da dor*. São Paulo: Escuta, 2012.



dor, pois sofre as contingências do parto, ora é um ser mais fraco que o homem, menos tolerante à dor.<sup>16</sup>

Le Breton<sup>17</sup> assinala que a dor associada a causas contingentes e inevitáveis lembram os indivíduos de sua própria vulnerabilidade e fragilidade. A dor piora a existência de quem a sofre, tornando-se, muitas vezes, o resumo da vida – apagando tudo que há em volta, “a relação de si com o mundo é rompida”<sup>18</sup>. A experiência da dor, segundo Le Breton, insere o indivíduo numa sensação de indignidade física aos olhos dos outros e, ao mesmo tempo, desperta o desejo de sonhar com outro corpo que dê possibilidades de nadar, correr, mergulhar, dançar etc. Há dores legitimadas socialmente, que são breves, como uma dor de cabeça, ou uma luxação de queda – tais acontecimentos permitem a identificação e a solidariedade de quem já os vivenciou. Espera-se, portanto, certa reciprocidade, pois é algo que pode atingir a todos<sup>19</sup>. As “dores totais” representam o extremo, são aquelas de pacientes terminais de aids e câncer. Estas experiências evidenciam o sentimento de dependência e colocam o sujeito diante da morte. Em relação a essas dores, não há analgésicos nem paliativos.<sup>20</sup>

A concepção atual de inutilidade da dor sugere o quanto os medicamentos analgésicos são necessários e condição para o trabalho e para existência.<sup>21</sup> Segundo J. Carlos Rodrigues,<sup>22</sup> o analgésico é um dos remédios mais vendidos, sinalizando que a dor não é algo que deve fazer parte da vida humana e é percebida como “defeito”.

Neste capítulo, buscaremos apresentar os principais discursos sobre a dor, sua representação especialmente para os grupos que possuíam as técnicas de cura.

### **1.1 – A dor como “necessidade da vida” e como uma “amiga sincera”**

Segundo Le Breton<sup>23</sup>, na época aristotélica a dor era entendida como uma forma particular de emoção e medida através do contato do homem com sua intimidade.

---

<sup>16</sup> *Ibidem*, p. 118.

<sup>17</sup> *Op. cit.*, 2006.

<sup>18</sup> *Ibidem*, p. 23.

<sup>19</sup> *Ibidem*, p. 28.

<sup>20</sup> *Ibidem*, p. 34.

<sup>21</sup> *Ibidem*, p. 29.

<sup>22</sup> RODRIGUES, J. C. *O tabu do corpo*. Rio de Janeiro : Archiamé: 1980.

<sup>23</sup> *Op. cit.*, 2006.

Paralelamente aos textos filosóficos, os mitos podem ajudar a revelar algumas concepções de dor e sofrimento da Antiguidade. A imagem do mito de Prometeu é interessante. O Titã foi punido por Zeus por roubar o fogo dos deuses e levá-lo aos humanos; seu castigo foi ficar acorrentado com uma águia gigante devorando seu fígado, que sempre se regenerava. Seu sofrimento durou inúmeras eras, até que Hércules, vendo o que padecia Prometeu, o salvou. O mito de Prometeu trata de uma transgressão que foi punida e mostra o aspecto doloroso que pode acarretar a desobediência aos deuses.

Roselyne Rey, em seu livro *História da Dor*<sup>24</sup>, buscou analisar as representações sobre a dor, a partir do ponto de vista médico, na longa duração da Antiguidade ao início do século XX. A autora assinala que, apesar dos poucos registros da Antiguidade sobre a dor e o sofrimento, pode-se compreender tais concepções e representações a partir de textos clássicos da filosofia, como a *Ilíada*. Da época homérica aos textos hipocráticos, Rey assinala que não poderíamos identificar com segurança uma constância e uma homogeneidade das práticas e das respostas da sociedade grega com relação à dor. No entanto, explica que “é possível em contrapartida perceber atitudes que perduram, como aceitação da dor como necessidade inevitável da vida, para o indivíduo doente e para o indivíduo saudável, como um estado a ser considerado, sem valorização nem ocultação”.<sup>25</sup>

Para Rey, a medicina antiga constituiu uma semiologia da dor, fazendo dela um instrumento de conhecimento do corpo, mas sem mensurar uma “utilidade”. A maioria das doutrinas médicas desse tempo apoiou-se sobre uma filosofia que explicava a origem e a constituição da natureza.<sup>26</sup> Tal concepção sobre a dor sofreu uma transformação com o advento do cristianismo.

Uma parte dos textos antigos sobre filosofia, matemática e outros conhecimentos sobreviveram graças às traduções para o árabe. O Oriente desempenhou um papel significativo em relação à medicina através da tradução, ampliação e propagação do conhecimento. Rey assinala que os cientistas árabes do século X tinham acesso ao essencial do conhecimento helenístico, momento que começou o período das grandes enciclopédias árabes.<sup>27</sup>

Ainda de acordo com a autora, Avicena reuniu em *Canon* a soma dos conhecimentos

---

<sup>24</sup> *Op. Cit.*, 2012.

<sup>25</sup> *Ibidem*, p. 43.

<sup>26</sup> *Ibidem*, p. 61.

<sup>27</sup> *Ibidem*, p. 70.

médicos de seu tempo, dando lugar à reflexão principalmente sobre os diagnósticos diferenciais. No *Poema da medicina*, resumo do *Canon*, pode-se perceber que a dor como sintoma ocupa um lugar menos importante que o pulso, a urina e a evacuação. Os sintomas dolorosos podem anunciar “crises” ou o fim da crise. De acordo com a historiadora, no *Poema* “a dor tem um papel importante no prognóstico das doenças, mas também indica o local atingido”.<sup>28</sup>

O cristianismo na Europa medieval foi significativo para as formas de compreensão da dor. A partir do século XII evoluiu o sentimento religioso mais centrado na encarnação de Cristo e com uma atenção maior aos sofrimentos do corpo. Rey também destaca que é provável que a dupla posição do cristianismo sobre a dor – ora castigo divino, ora eleição particular recompensada no além – poderia reforçar a indiferença estoica em relação à dor. Palavras da autora:

As práticas de mortificação da carne nos monastérios, paralela ao trabalho manual degradante, o encorajamento dado durante um tempo à ordem dos flagelantes, antes de sua interdição, o fato do cristianismo ter se apresentado em sua origem como uma religião da saúde e da cura (no sentido próprio) pela virtude na fé e nas orações, tudo isso representa uma paisagem aonde não há lugar para cuidados com o corpo, onde a dor é ocultada quando experimentada, onde medicina e religião podem mesmo entrar em concorrência. [...] Sem dúvida o discurso da Igreja incorporou a dor para lhe dar um sentido – aprender a suportar a dor como um dom de Deus e um sacrifício que aproxima o fiel do Cristo, como um meio de redenção – mas que continuamos não saber como agiam na prática os homens na Idade Média ante o sofrimento.<sup>29</sup>

Podemos dizer que a arte medieval traduz em imagens o sofrimento, seja através do calvário de Cristo, a presença da morte, mostrando como a vida é efêmera. Huizinga<sup>30</sup> chama atenção para a profusão de pinturas sobre danças macabras em cemitérios e igrejas representando a morte por meio de caveiras e outros símbolos. A Europa vivenciou durante a Idade Média epidemias de peste que matou um terço de sua população. Rey destaca a descrição de Montaigne durante uma epidemia, a qual qualificou como uma morte “que não parece ser das piores: normalmente é curta, não impressiona, sem dor, aliviada pela condição pública, sem cerimônia, sem luto...”.<sup>31</sup> A experiência do sofrimento físico por meio de uma doença como a peste valorizou a vida no Além, mais do que a vida na terra.

---

<sup>28</sup> *Ibidem*, p. 71.

<sup>29</sup> *Ibidem*, p.72.

<sup>30</sup> HUIZINGA, Johan. *O Outono da Idade Média*. São Paulo: Cosac Naïf, 2010.

<sup>31</sup> *Ibidem*, p. 74.

O corpo é suporte de signo segundo o antropólogo José Carlos Rodrigues.<sup>32</sup> No período medieval, o corpo tornou-se um meio para a experiência com o universo sagrado através da penitência. *Exercícios Espirituais*, escrito por Inácio de Loyola, na época da Companhia de Jesus, e *Imitação de Jesus Cristo*, obra anônima, refletem tais práticas de uso do corpo. Ambas as obras destacam a dor provocada como um meio para se aproximar de Deus e para se tornar sensível às dores do Deus homem. O aprendizado da dor era uma ocasião para oferecer o sofrimento a Deus e de lhe provar o seu amor. Para Rey, a relação da religião cristã com a dor é uma relação espiritualizada, porém, para os não crentes, isso é sem dúvida um dos pontos mais inaceitáveis do dogma cristão.<sup>33</sup>

Tal como o trecho acima assinala, a partir do século XV, com o Renascimento, novas concepções sobre o corpo e o “nascimento do indivíduo” ampliaram e modificaram as concepções sobre dor, doença e práticas médicas. O conhecimento antigo foi confrontado com o investimento no saber da anatomia, através das dissecações.

Rey explica que “técnicas cirúrgicas e conhecimentos anatômicos devem se conjugar para forçar o corpo a liberar os segredos de sua organização”.<sup>34</sup> As cirurgias eram consideradas prática dos cirurgiões-barbeiros. Havia uma distinção entre estes profissionais e outros médicos que se dedicavam ao diagnóstico e delegavam o preparo dos remédios aos boticários. A historiadora assinala que o medo de o cirurgião realizar cirurgias estava relacionado ao seu medo de ser confundido com um barbeiro. Tal distinção resultava em uma grande ignorância anatômica por parte desses grupos, enquanto que os barbeiros detinham um conhecimento maior sobre o funcionamento interno e a anatomia, eram muitas vezes incapazes de entender um manual de medicina.

A guerra era um momento de ampliação do saber anatômico, com a realização de cirurgias emergenciais. Rey assinala que, na França, os conflitos resultaram na mudança de *status* do cirurgião, sobretudo no exército. Porém, para a maioria dos pacientes que sofriam a cirurgia, tais profissionais representavam o papel de carrascos. Segundo a autora, o desenvolvimento do conhecimento sobre a anatomia não foi traduzido por um ganho imediato no conhecimento dos mecanismos da dor e de seu tratamento.<sup>35</sup> Nas palavras da autora:

---

<sup>32</sup> *Op. cit.*, 1980.

<sup>33</sup> REY, *op. cit.*, 2012, p. 79.

<sup>34</sup> *Ibidem*, p. 83.

<sup>35</sup> *Ibidem*, p. 87.

a dor que acompanha a doença ou o ferimento parece uma experiência perturbadora, mais secreta para aquele que a experimenta, do que a própria doença, do que para o outro, mais angustiante que o espetáculo organizado do suplício e da morte. Esta proximidade com a dor, que o corpo social tenta reprimir, vai tornar-se o apanágio do médico e do cirurgião e talvez contribua para a sua profissionalização e para especialização da medicina, para os quais outros fatores também concorrem.<sup>36</sup>

A descoberta da circulação sanguínea por Harvey, no século XVII, constitui uma guinada na história da medicina, de acordo com Rey. Foi significativa essa descoberta, pois permitiu que o conhecimento médico se libertasse da herança galênica e concebesse novos métodos de investigação, podendo fazer novas observações e deduções que oferecessem mais certezas do que a autoridade dos antigos.<sup>37</sup> Além da medicina, as novas teorias da física, da astronomia e da matemática deram um novo impulso para o campo da ciência.

Descartes, no *Discurso do método*, procurou oferecer uma explicação racional para a teoria das sensações. Ele afirmou que a dor é uma percepção da alma, que pode vir ou da ação de objetos externos sobre o corpo, ou do próprio corpo.<sup>38</sup> É entendida como uma modalidade particular das diversas sensações, da mesma forma que o prazer. O pensamento cartesiano também procurou desfazer a confusão, comumente feita entre dor e tristeza, toque dos sentidos e alegria. Em sua compreensão, ele assinala que a tristeza sempre segue a dor, porque “a alma reconhece assim a fragilidade do corpo e sua capacidade de resistir às investidas das quais ele é objeto. Mas a prova de que elas se diferem é a capacidade de ‘sofrer dores com alegria e receber carícias que desagradam’”.<sup>39</sup>

Delorme explica que a teoria da “dor-sinal”, presente ainda nos dias atuais, remonta a 1664, quando Descartes escreve que a dor se liga diretamente das sensações da pele ao cérebro<sup>40</sup>. Para compreender a teoria cartesiana, Delorme utiliza uma analogia entre a transmissão da dor e o telefone: “um sinal transmitido ao longo do fio (muito além da dor) ativo ao receptor telefônico (o centro da dor). A lesão é mais importante, quanto mais forte o sinal maior será a dor”.<sup>41</sup>

Segundo Rey, a maioria dos médicos pensadores do século XVII que se interessaram

---

<sup>36</sup> *Ibidem*, p. 97.

<sup>37</sup> *Ibidem*, p. 99.

<sup>38</sup> DESCARTES, René. *O discurso do método*. Coleção os Pensadores, Rio de Janeiro: Editora Abril, 1978.

<sup>39</sup> *Ibidem*, p. 106.

<sup>40</sup> DELORME, T. *La douleur um mal à combattre*. Paris: 1999.

<sup>41</sup> *Ibidem*, p. 12.

pela fisiologia da sensação ou do movimento podem fazer notar que a dor cumpre dois papéis: um é a compreensão do funcionamento neuromuscular; o outro, fazer chegar ao conhecimento, uma consciência da vida interior do corpo – que talvez, de outra forma, continuaria despercebida pelo doente e pelo médico.<sup>42</sup> .

Refletindo sobre as atribuições sociais do médico e do padre, Rey explica que o médico tem a missão de aliviar a dor mesmo quando não pode curá-la. Assim, nos debates sobre a utilização do ópio como analgésico, os argumentos utilizados não são de origem teleológica, e sim de diversas matrizes científicas. A religião tenta dar um sentido ao sofrimento; seus discursos e seu cerimonial organizam a doença e a morte, objetivando explicar e consolar. Na ausência de uma medicina, a religião cumpre um espaço de conforto das almas, de aceitação da dor, sem fazer desaparecer a esperança de um dia não se sofrer.<sup>43</sup>

As transformações do século XVIII relacionadas à laicização da sociedade do pensamento na sociedade europeia com a racionalização e a produção científica permitiram uma mudança na percepção da dor e de sua definição. As referências filosóficas para a mudança nessa percepção estão alicerçadas em Locke, na Inglaterra, e difundidas, na França, por Condillac, segundo Rey. O pensamento médico ou fisiologista sobre a dor foi colocado fora do problema do pecado, do mal e do castigo:

Isso não significa uma indiferença com relação à maneira como a sociedade apreende o problema da dor, ao contrário: em uma época em que o médico-filósofo preocupa-se com a moral e a felicidade, interessa-se de maneira privilegiada pelas relações entre o físico e o moral, sua reflexão sobre a dor e o prazer depara-se com o problema da organização da sociedade. O que é verdadeiro para o médico talvez seja mais ainda para o fisiologista: mesmo um espírito religioso, (...) pode abordar a questão da dor sem introduzir preocupações religiosas.<sup>44</sup>

A laicização da dor, portanto, permitiu um novo olhar dos médicos em relação ao valor e às formas das sensações dolorosas. Como dito acima, a dor é entendida como uma sentinela ou sinal que alerta sobre perigos e sinaliza nossa existência. Rey elucida que o tema da utilidade da dor, tão frequente nos textos médicos da época, significa inicialmente que “a dor é uma espécie de sexto sentido, de sentido interno, vigilante, que pode indicar ao médico como ele deve agir”.<sup>45</sup> A autora cita em seu livro o discurso do médico Marc-Antoine Petit, *Discours sur la douleur*, pronunciado na abertura do curso de anatomia, em 1799, no Hospital

---

<sup>42</sup> *Op. cit.*, 2012, p. 116.

<sup>43</sup> *Ibidem*, p. 117-118.

<sup>44</sup> *Ibidem*, p. 122-123.

<sup>45</sup> *Ibidem*, p. 134.

Geral de Doentes em Lyon:

Amiga sincera, ela nos machuca para nos servir, e a medicina imita cada dia com sucesso suas irritações salutaras; unida ao espasmo, ela diminui a plethora, dissolve as obstruções, expulsa os humores heterogêneos; fixada na cabeça, ela produz uma hemorragia ou um vômito salutar.<sup>46</sup>

Rey esclarece que a dor muitas vezes é compreendida como a “voz da natureza e sua crise”. Considerada manifestações salutaras, dor e febre são percebidas positivamente. Segundo a autora, a maioria dos médicos aconselha sempre prestar atenção na confissão da dor, “sobretudo em uma época que boa parte da população não ficava acamada e só recorria ao médico quando não era capaz de trabalhar”.<sup>47</sup>

Entre as funções da dor definidas pelos médicos do século XVIII, uma era e facilitar o diagnóstico. Para elaborá-lo, partiu-se de uma abordagem nosológica e semiológica da doença, apreciando os valores da dor de acordo com outros sinais tais como pulso, respiração, urina, língua etc.<sup>48</sup>

No século XVIII, sob o ponto de vista médico, as dores eram definidas sob quatro formas principais,<sup>49</sup> conforme mostrado no **Quadro 1**.

**Quadro 1** – *Tipos de dor, sob o ponto de vista médico, no séc. XVIII*

<b>Tipo</b>	<b>Descrição</b>
Dor tensiva	Acompanhada de um sentimento de distensão das fibras, dor sentida por aqueles submetidos à tortura ou que sofreram uma luxação. Dor grave que se caracteriza por uma impressão de peso, características de situações onde os fluidos se acumulam numa cavidade (exemplo: feto natimorto ou cálculo renal)
Dor latejante	Dor cujo ritmo corresponde à pulsação das artérias e se dá, sobretudo, nas partes mais inervadas, em caso de inflamação
Dor lancinante	Ocorre quando as pulsações dolorosas dão a impressão de que as partes do corpo atingido vão romper
Dor perfurante	Sugere uma sensação de uma broca perfurando a carne (p.ex., causada por furúnculo e abscesso)
Outras	<i>Dor por formigamento e dor pruriginosa</i> – definidas não por graus suplementares, e sim como variedade de dor latejante, com escala de intensidade de simples coceira ao prurido insuportável da <i>dor violenta</i> ou da <i>dor corrosiva</i> <i>Dores atrozes</i> – ocasionadas, p. ex., por úlcera e câncer

<sup>46</sup> *Ibidem*, p. 124.

<sup>47</sup> *Ibidem*.

<sup>48</sup> *Ibidem*, p. 127.

<sup>49</sup> *Ibidem*, p. 127-128.

As sensações dolorosas estavam associadas à doença subjacente, porém tal noção de “dor-doença” foi mais tarde desconstruída por Leriche. A dor era uma forma de julgamento sobre a enfermidade. O saber médico tem sido construído a partir do relato da dor dos pacientes.

Segundo Rey, diferentemente de todos os outros sinais, a dor requeria a palavra, e o desenvolvimento da medicina clínica avivou certos questionamentos. Ou seja, em que medida pode-se confiar naquilo que o doente relata sobre sua dor, e em que medida deve-se tentar encontrar um sinal objetivo? A autora explica que, na aurora do século XIX, os médicos buscavam um “sinal puro”, evitando equívocos sobre os sintomas, um sinal mais seguro do que aquele revelado pela dissecação. Em suas palavras, “eles serão confrontados não somente com a polissemia nativa da dor, mas como o ato social em que uma parte do jogo e da negociação é constituída pelos sintomas dolorosos relatados pelos doentes”.<sup>50</sup>

O exercício da medicina passa então a regular e a controlar a veracidade do discurso do doente, podendo induzi-lo ao erro, testando-o para poder chegar à verdade. Dessa forma, o relato médico tem como função objetivar e clarear o enunciado subjetivo, confuso e incerto dos doentes. No entanto, Rey assinala que tal desconfiança, ancorada na imensa variedade das reações individuais, não leva a subestimar a intensidade do relato do doente. Sobre a questão da objetivação da dor pelos médicos, a autora destaca o seguinte trecho do *Journal Général de Médecine*, de 1805:

Parece inicialmente que só temos como recurso para avaliar a dor e a sensação dos indivíduos e os seus relatos. Ora sabemos que na prática o quanto a queixa dos doentes na maioria das vezes não estão relacionadas com uma variedade de dores. Após um exame minucioso, vemos ainda que a dor é manifestada ao médico pelos danos que provoca a constituição; e apesar das dores físicas, assim como as dores morais, exercem uma ação diferente dependendo das disposições particulares, podemos, entretanto, levando em conta esta consideração, avaliar até certo ponto a intensidade das dores pela intensidade de seus efeitos.<sup>51</sup>

A historiadora reconhece que “não há problema mais difícil para resolver nem mais controverso do que este de interpretar com precisão a queixa do doente”.<sup>52</sup> Podemos notar que essa classificação da dor esbarra em diversos aspectos subjetivos e diferenças de

---

<sup>50</sup> *Ibidem*, p. 133.

<sup>51</sup> *Ibidem*, p. 134.

<sup>52</sup> *Ibidem*.



sensibilidade, com os quais os médicos se depararam em suas pesquisas, como afirmou o médico Landré-Beauvais:

A dor é um fenômeno muito frequente nas doenças para conhecer seus sinais, é preciso considerar a idade, o temperamento, o grau de irritabilidade e de sensibilidade, os locais que se manifesta, as causas que provocaram, a espécie e o período da doença (...). Não é preciso julgar sempre o grau das dores através das queixas dos doentes, nem o perigo da doença pelo grau da dor. Pessoas acostumadas à autocomiseração, muito acostumadas a queixar-se, emitem os mais altos gritos por suas pequenas dores; enquanto outros suportam com paciência dores violentas.<sup>53</sup>

Outro fator importante no século XVIII seriam as diferentes escolas médicas que ofereciam pontos de vista diferentes sobre a compreensão e tratamento da dor. Os mecanicistas compreendiam o funcionamento do corpo humano como uma simples máquina, ocupando uma posição ainda hegemônica nos meios médicos até meados do século, fornecendo explicações da dor em termos de distensão ou de distração das fibras. Os vitalistas, cujas ideias tornaram-se dominantes no final do século, recorreram ao conceito de sensibilidade, passível de desempenhar um papel ao mesmo tempo fisiológico e psicológico. Por último, Rey cita a corrente animista, representada por G. T. Stahl, no século precedente. Para a autora, os animistas ocupavam uma posição ambígua na perspectiva sobre a dor: de um lado, consideravam a matéria essencialmente passiva e aceitavam explicações puramente mecânicas; de outro lado, na medida em que consideravam a alma responsável por todas as funções orgânicas, compreendiam a dor como um sinal importante nas doenças e também um fator de conflito interno.<sup>54</sup>

Segundo Rey, a terapêutica estava dividida entre duas ações, a da “medicina expectante” – que esperava que a força medicatriz da natureza faça seu trabalho – e a “medicina ativa” – que interviria rápida e energicamente no caso da dor. A autora explica que havia um consenso entre os médicos ao tratar o sintoma antes de conhecer a causa. Para aliviar os pacientes, recorria-se a fórmulas à base de ópio como o láudano de Sydenham. O tratamento poderia incluir tratar a dor pelo “igual” ou pelo “seu contrário”, ou seja, se uma inflamação produzindo uma dor “quente” deveria ser cuidada com uma qualidade “fria” de narcóticos, ou “quente”. A eletricidade medicinal era usada para as paralisias das doenças nervosas. Rey observa que as diferentes terapêuticas de estímulo utilizadas contra a dor criam

---

<sup>53</sup> LANDRÉ-BEAUVAIS *apud* REY, *ibidem*, p. 134.

<sup>54</sup> *Ibidem*.

com toda evidência uma proximidade com a dor e oferecem uma experiência da ambivalência que desapareceu da sociedade ocidental contemporânea. Escreveu a autora:

Sem dúvida, o universo sádico, no qual a violência e a crueldade querem se fundir à lei própria da natureza, aonde seus personagens retiram energia e prazer do contato (...) a exaltação das sensibilidades podia assumir formas paradoxais, chegando até esta ideia de que é a dor “que fornece ao princípio de vida novas forças”.

Para compreender os comportamentos e os testemunhos dessa época, é preciso aceitar como fato cultural, sustentado pelo discurso científico, a coexistência de atitudes que não eram consideradas contraditórias: por um lado, o receio da dor que era intrínseca a todo ser vivo, que tenta livrar-se dela, buscando meio de aliviá-las; esta atitude legítima aquele que sofre, é também compartilhada pelo médico, para o qual a dor do doente é algo intolerável e inaceitável aos olhos da razão. Mas, por outro lado, o médico, e não somente o cirurgião, é levado, às vezes, a provocar dor para poder curar. Este paradoxo, sem dúvida, exacerbado pelas ideias médicas do século XVIII sobre a necessidade de excitar a sensibilidade e de despertar a energia vital, na verdade poderia ser considerada como constitutivo do exercício da medicina.<sup>55</sup>

## 1.2 – O século XIX e as grandes descobertas: utilidade da dor, analgesia e anestesia

A expansão das descobertas foi tão grande no século XIX em relação ao conhecimento dos mecanismos da dor, na individualização das entidades clínicas e nas inovações terapêuticas, que o século é de fato o das grandes descobertas.<sup>56</sup> O desenvolvimento da bacteriologia concorreu para a construção do conceito de doença, cuja causa seria possível reproduzir em laboratório. Se, à vista disso, o conhecimento laboratorial foi significativo para explicar algumas paralisias, como, por exemplo, a poliomielite, todavia não contribuiu para explicar distúrbios da sensibilidade e compreensão da dor.

É durante o século XIX que vigora a perspectiva sobre a dor, a partir de uma “teoria da especificidade” – teoria dominante, se comparada à explicação da endocrinologia, que depunha em uma complexidade muito maior dos fenômenos da dor.<sup>57</sup> É a partir dos conflitos entre os grupos médicos que se pode perceber a polarização entre os que achavam que a dor era útil para o sucesso da operação e outros que discordavam indubitavelmente.

As cirurgias de guerra ofereciam um papel motor no desenvolvimento da medicina. De

---

<sup>55</sup> *Ibidem*, p. 167.

<sup>56</sup> *Ibidem*, p. 170.

<sup>57</sup> *Ibidem*, p. 173.

acordo com Rey, a cirurgia aparece de certo modo “como a parte mais avançada, mais racional, mais eficaz da medicina, não somente pelo ponto de vista de suas proezas técnicas, mas (...) de sua interpretação dos fatos lesionais e patológicos”.<sup>58</sup>

Analisando o livro *Mémoires de chirurgie militaire et campagnes* (1812), de Jean Larrey, a historiadora observa que primeiro o cirurgião de guerra da França napoleônica chega à conclusão de que é preciso fazer de tudo para aliviar os feridos e os pacientes da dor. Larrey também apoia as primeiras tentativas de anestesia realizadas na Grã-Bretanha em 1828, num momento de ceticismos e desprezo em relação ao método.<sup>59</sup>

Era comum o tratamento da dor por meio da moxa – técnica japonesa que queimava ervas sobre a pele – e que se tornou o “terror dos doentes”. O fundamento da terapia residia na crença de que quando duas dores coexistem uma “obscurece” a outra. Rey explica que a experiência que era insustentável e incentivou a busca por terapêuticas menos dolorosas.

Sob o impulso da revolução lavoisiana<sup>60</sup>, na França, e dos trabalhos de Joseph Prisley, na Inglaterra, são realizadas pesquisas, para fins terapêuticos, sobre o efeito dos gases no organismo animal e humano. Foi nesse contexto que foi descoberto o “gás hilariante”, cujo uso tornou-se lúdico. Segundo Rey, no contexto de utilização existia o medo do envenenamento em relação ao uso de substâncias novas: a anestesia foi desafiada a mostrar que não era uma asfixia, e a toxicologia nascente e a medicina legal se depararam com o temor do envenenamento.<sup>61</sup>

Em 1807, foi isolado um princípio ativo do ópio batizado como “morfina”. Porém, antes de ser utilizado como medicamento, era preciso saber preparar, purificar e dosar e verificar seus efeitos sobre o corpo humano. Nas palavras da autora:

Neste período de grande desenvolvimento da “química aplicada à medicina”, a experimentação terapêutica é normalmente, no início uma autoexperimentação, em que o químico pode envenenar-se, a passagem do experimento do animal para o homem não se dá sem legítimas apreensões. Os médicos que a utilizam falam de experimentos, feitos com a anuência do doente, quando todos os outros remédios fracassaram.<sup>62</sup>

Os temores que envolveram a introdução da morfina na terapêutica também

---

<sup>58</sup> *Ibidem*, p. 175.

<sup>59</sup> *Ibidem*, p. 177.

<sup>60</sup> Reformulação da química apoiada na Lei da Conservação das Massas e a teoria do oxigênio de combustão. Foi centrado nos trabalhos do químico francês Antoine Lavoisier (chamado "pai da química moderna").

<sup>61</sup> *Ibidem*, p. 183.

<sup>62</sup> *Ibidem*, p. 190.

envolveram as primeiras utilizações do éter e do clorofórmio como anestésicos na dor cirúrgica. Os riscos mortais, temor de asfixia e envenenamento e a hesitação de alguns médicos não impediram a propagação do método, a partir de 1847 – sobre o qual sem dúvida a opinião do público teve um papel importante. Rey assinala que a França ficou fora do processo de descoberta da anestesia pelo éter e que coube aos Estados Unidos o pioneirismo. Em 1842, foi realizada a primeira cirurgia pelo médico americano Willian Crawford Long, para retirada de um tumor no pescoço, sem que o paciente sentisse dor.<sup>63</sup> Tal experiência não foi amplamente divulgada. Porém, existem relatos médicos de inúmeras tentativas de anestesia, como, por exemplo, para extração de dentes, amputações, cesarianas, cirurgias oftalmológicas, de hérnia etc.

Diversos problemas técnicos envolveram a utilização do éter na cirurgia, desde questões sobre dosagem, envolvendo padronização, ao fato de os pacientes ficarem aparentemente sem vida, sem reações dolorosas, pois as reações de dor os guiavam em seu trabalho. Segundo Rey, o silêncio do paciente, “que colocava o cirurgião diante de si mesmo, em uma solidão desconhecida até então, era, sem dúvida, tão angustiante, para os primeiros que a vivenciaram, quanto a necessidade de continuar a cirurgia apesar da dor e dos gritos do operado”.<sup>64</sup> De acordo com a autora, apesar de alguns incidentes respiratórios (sufocamentos, acessos de tosse, convulsões etc.), nada parecia poder conter a propagação do novo método. Nas palavras de Rey:

O significado é evidente: a generalização de uma prática nova que aboliu a dor na maioria dos pacientes é mais importante do que a morte de alguns indivíduos, mesmo se devemos fazer de tudo para identificar o imprevisto e combater a contra-indicação. (...) O sacrifício de algumas vidas individuais, inaceitável do ponto de vista dos próprios indivíduos, assim do ponto de vista ético, é, no entanto, aceito desde que a intenção seja boa e sua previsão impossível.<sup>65</sup>

Para a autora, o desenvolvimento da anestesia e sua aplicação contaram com o apoio do poder político francês no final do século XIX, sobretudo no que diz respeito a recusar a tornar públicas as incertezas científicas, com todos os meios de julgá-las e vontade de utilizar a ciência como um instrumento de ordem pública de legitimação. Tal apoio encerrava-se na constatação do uso eficaz do clorofórmio nas cirurgias, tornando-a menos cruel e mais

---

<sup>63</sup> *Ibidem*, p. 195.

<sup>64</sup> *Ibidem*, p. 198.

<sup>65</sup> *Ibidem*, p. 212-213.

potente. Rey nota que a aplicação massiva e largamente empírica dos anestésicos precedeu em 20 anos o progresso na elucidação de seu mecanismo.<sup>66</sup>

O aperfeiçoamento e o isolamento de novas substâncias e técnicas de penetração do organismo contribuíram para elaboração da anestesia local. A cocaína foi desenvolvida a partir das folhas de coca e era utilizada a princípio como terapêutica estimulante e não como anestésico. A observação sobre a anestesia da língua, em 1862, desencadeou a sua utilização como substância anestésica duas décadas depois. Rey explica que a generalização da prática de anestesia local foi particularmente útil quando se tratava de crianças e adultos apresentando fortes riscos cardíacos – foi descoberto também que a cocaína poderia provocar vício e que, portanto, não era inofensiva. Finalmente, para o sucesso da anestesia local, contou-se com a transformação técnica das seringas e agulhas, cada vez mais finas e ocas. Na visão de Rey,

O impulso dado pelos trabalhos médicos, cirurgiões, químicos que contribuíram para a descoberta e a prática da anestesia, mudou profundamente a relação dos homens com a dor, colocando em termo seu caráter inelutável. Mas também teve consequências importantes para a própria compreensão dos mecanismos de transmissão da sensação e estimulou a pesquisa para encontrar no plano teórico uma explicação da dor.<sup>67</sup>

As dores e as doenças no século XIX foram objetos de novas perspectivas, a partir do duplo impulso da clínica e da anatomia patológica, “cada vez mais auxiliada pelo estudo histológico feito no microscópio”.<sup>68</sup> Devido aos novos meios de estudo e as novas problemáticas relacionadas ao estudo do sistema nervoso, central e periférico, permitiu um processo de ruptura e de redistribuição de alguma classe nosológica, bem como reagrupar sintomas, destacar conjuntos que fazem sentido e relacioná-lo a uma etiologia precisa ou uma localização determinada. O avanço do conhecimento em questão permitiu a classificação de doenças como nevralgia, dores de origem traumática e ataxia locomotora progressiva, oriunda da sífilis, entre outras, e estimularam a busca de novos tratamentos.

### 1.3 – A dor na primeira metade do século XX: a embriogênese

---

<sup>66</sup> *Ibidem*, p. 216-219.

<sup>67</sup> *Ibidem*, p. 227.

<sup>68</sup> *Ibidem*, p. 271.

A transição do século XIX para o XX foi um período de crenças nas ideias evolucionistas e ideias positivistas de progresso. Pode-se observar também que o período entre guerras foi marcado por avanços nas ciências e pelas políticas sociais de eugenia praticadas em países europeus e nos EUA, e o conhecimento sobre dor esteve no bojo desse cenário. Rey explica que os esforços médico-científicos para encontrar no cérebro os traços do passado da humanidade estão diretamente ligados ao aparecimento da teoria darwiniana, no século XIX.<sup>69</sup> No domínio da química farmacêutica, um grande número de substâncias de síntese (antipirina, aspirina, precursores do paracetamol) foi descoberto, mas surgido a partir das pesquisas no século anterior.

Em relação à compreensão da dor, Rey explica que as pesquisas são dominadas pela problemática da comunicação, de sua rapidez e eficácia. Dois fatos marcantes caracterizam as pesquisas sobre dor na primeira metade do século XX e um pouco mais além dele. O primeiro consiste na introdução do estudo da temporalidade no estudo do mecanismo das sensações, que são, por exemplo, relacionados à embriogênese do sistema nervoso. O segundo deve-se à introdução da teoria darwiniana da evolução nas pesquisas sobre o mecanismo da dor, não ao nível do comportamento individual, reinterpretando a dor à luz das relações de luta da atividade celular em seu interior – “ele introduz na transmissão da sensação as noções de competição e de adaptação, e vê no sistema nervoso como um todo um sistema integrado visando à melhor defesa possível contra as agressões de todo tipo”.<sup>70</sup>

Rey observa que o estudo embriológico nos anos 1930, ainda ancorado em pressupostos darwinianos, teve consequências indiretas na opinião que os médicos tinham da realidade da dor no recém-nascido e na criança, em seus primeiros anos de vida:

Se a percepção da dor estava estritamente ligada à consciência, a ausência de maturação das vias de associação intercorticais tornava impossível, no recém-nascido, esta percepção da dor. À medida que a semiologia nervosa do recém-nascido ficava mais precisa (...) ficava mais evidente que o sistema nervoso (...) era rudimentar e que, no nascimento, “os centros não estão todos em relação funcional entre si”.<sup>71</sup>

As concepções supracitadas permitiram práticas cirúrgicas sem anestesia em bebês. Então, os gritos, choros e expressões da fisionomia dos recém-nascidos eram pouco levados em conta, pois eram consideradas manifestações dos reflexos e não implicava nada da

---

<sup>69</sup> *Ibidem*, p. 316.

<sup>70</sup> *Ibidem*, p. 318.

<sup>71</sup> *Ibidem*, p. 352.

consciência. A ausência de gritos era percebida como determinante a essa ideia, e, por outro lado, eram oferecidas mamadeiras para ativar os reflexos de sucção.<sup>72</sup> Segundo Delorme<sup>73</sup>, a mudança e o questionamento na postura médica surgiram mais tarde, no final da década de 1980. Um estudo realizado na França, em 1988, mostrou que os serviços hospitalares e pediátricos eram responsáveis por 50% das dores sentidas pelas crianças.<sup>74</sup>

#### **1.4 - Mudanças com Leriche, Bonica e Iasp – a dor como um “sinistro presente”**

No início do século XX, a ideia mecanicista da dor foi contestada. O cirurgião francês René Leriche observou que, “quando vem a dor, muitas vezes, é muito tarde”. Leriche refletiu sobre diversas enfermidades que são silenciosas e, quando se manifestam através da dor, pouco pode ser feito pelo médico, pois a doença pode estar muito avançada, como no caso de alguns tipos de câncer.

O olhar de Leriche, segundo Rey, foi bastante influenciado pelo contexto da primeira guerra. A expressão “cirurgia da dor” ficou conhecida pela obra do cirurgião e envolve dois tipos de intervenções cirúrgicas: uma sobre as vias da sensibilidade do sistema nervoso cerebrospectral, outra sobre o sistema simpático – é nesse domínio que Leriche trouxe uma contribuição principal.<sup>75</sup>

Rey explica que a cirurgia da dor tomou a forma de uma série de intervenções visando interromper as vias da sensibilidade cerebrospectral em níveis diferentes, tentou-se proceder seccionamentos em estádios mais elevados, e a psicocirurgia usou, durante algum tempo, a lobotomia e intervenções seletivas no lobo frontal, visando a mudar a relação do sujeito com a dor.<sup>76</sup> A autora explica que, na época da “morfinomania”, a cirurgia da dor era uma solução mais radical, atacando diretamente a fonte da dor.

Sobre o conceito de “dor-doença”, Rey chama atenção para a elucidação de Leriche no livro *La chirurgie de la douleur*:

alguns estados, ainda desconhecidos em seu determinismo, mesmo que frequentes em que a dor é toda, ou quase toda a doença, onde ela é tão

---

<sup>72</sup> *Ibidem*, p. 355.

<sup>73</sup> DELORME, *op. cit.*, 1999.

<sup>74</sup> *Ibidem*, p. 40.

<sup>75</sup> REY, *op. cit.*, 2012, p. 370.

<sup>76</sup> *Ibidem*, p. 371.

alucinante que o resto da sintomatologia fica em segundo plano, dor às vezes contínua, quase sempre expressa com crises violentas, ininterruptas, aparecendo sem motivos em forma de lampejos, rápidos e terrificantes. É dessa dor, doença e não sintoma, que quero falar. Nem sempre tem suporte anatômico determinado. Raramente é veiculada por lesão orgânica. A doença e sua expressão se consomem no sistema nervoso, aparentemente localizada, ela atinge praticamente o indivíduo todo. Sua origem, suas causas aparentes são muitas vezes extrínsecas. Mas, na verdade, tudo nela é interior.<sup>77</sup>

Leriche criticou as práticas de médicos de “terapêutica lenta”, defendendo a utilização de recursos eficazes para acabar com a dor dos pacientes. De acordo com Rey, ele criticava ferozmente a ideia de uma dor benéfica e defendia que a dor não tinha menor valor, nem para o diagnóstico e sequer para o prognóstico. Na opinião de Rey, “Leriche era bem mais que um grande “cirurgião da dor”, ele era um humanista, militante contra todas as formas do dolorismo ambiente do entreguerras...”.<sup>78</sup> Nas palavras da autora:

A cirurgia da dor implica numa ética ante a dor e uma veemente defesa pela vida na plenitude de suas forças, mas também uma dura acusação contra as práticas que fora obrigado a conhecer ao seu redor, contra a hipocrisia daqueles que falam em suportar a dor sem conhecer, contra aqueles que não são impacientes no combate e no enfrentamento do desafio da dor, a coisa mais inominável de todas.<sup>79</sup>

Outro médico importante que afirmou declarar “guerra à dor” foi o anestesista americano e professor de medicina J. Bonica. Em 1961, o Dr. Bonica criou o primeiro centro multidisciplinar contra dor de Seattle, EUA. Segundo Delorme<sup>80</sup>, ele reuniu médicos de diferentes especialidades, incluindo um psiquiatra, para compreender e tratar os casos mais difíceis e as dores mais violentas. Para Bonica, a dor não pertencia a qualquer especialidade médica, e a dor crônica deveria ser compreendida a partir de suas tensões emocionais, físicas e econômicas que afligem os pacientes.

Em 1973, foi fundada por Bônica a *International Association for the Study of Pain* (Iasp). A organização almejou oferecer uma nova forma de enfrentamento da dor, reunindo médicos, pesquisadores e psicólogos interessados nesse objetivo. De acordo com Delorme, o funcionamento dos centros antidor é baseado numa perspectiva pluridisciplinar na qual diferentes especialistas podem intervir. A especificidade de tais centros reside numa avaliação

---

<sup>77</sup> *Ibidem*, p. 381.

<sup>78</sup> *Ibidem*, p. 387.

<sup>79</sup> *Ibidem*, p. 388.

<sup>80</sup> *Op. cit.*, 1999, p. 78.



metódica de todos os aspectos da dor e um apoio global aos pacientes – trabalham em colaboração para atender aos que sofrem de dor crônica.

Para a Iasp a dor é definida como uma “experiência sensitiva e emocional desagradável associada ou relacionada à lesão real ou potencial dos tecidos, em que cada indivíduo aprende a utilizar esse termo através das suas experiências anteriores”.<sup>81</sup> A definição agrega aspectos culturais, mostrando que a dor pode ser aprendida através da socialização. Esta organização revela-se importante na busca por formas de tratamento e de compreensão da dor e influenciou a organização de associações multidisciplinares na América e Europa.

Aqui no Brasil, a Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor (SBED), fundada em 1982, desempenha o papel da Iasp. Ambas as instituições divulgam pesquisas através de seus *sites*, com publicações a respeito das doenças e síndromes que causam vários tipos de dor. No *site* da SBED, observamos a seguinte definição: “Por se tratar de uma experiência totalmente individual, subjetiva, a dor pode apresentar diferentes características.”<sup>82</sup> E podemos encontrar as seguintes classificações:

**Quadro 2 – Tipos de dor de acordo com a SBED**

<b>Tipo</b>	<b>Descrição</b>
Dor aguda	Aquela que se manifesta transitoriamente durante um período relativamente curto, de minutos a algumas semanas, associada a lesões em tecidos ou órgãos, ocasionadas por inflamação, infecção, traumatismo ou outras causas. Normalmente desaparece quando a causa é corretamente diagnosticada e quando o tratamento recomendado pelo especialista é seguido corretamente pelo paciente.
Dor crônica	Tem duração prolongada, que pode se estender de vários meses a vários anos e que está quase sempre associada a um processo de doença crônica. A dor crônica pode também ser consequência de uma lesão já previamente tratada. Exemplos: dor ocasionada pela artrite reumatóide (inflamação das articulações), dor do paciente com câncer, dor relacionada a esforços repetitivos durante o trabalho, dor nas costas e outras.
Dor recorrente	Apresenta períodos de curta duração que, no entanto, se repetem com frequência, podendo ocorrer durante toda a vida do indivíduo, mesmo sem estar associada a um processo específico. Um exemplo clássico deste tipo de dor é a enxaqueca.

Em *La Douleur: un mal à combattre*, Delorme identifica no “quebra-cabeça da dor” as

<sup>81</sup> Capturado do site da SBED: <http://www.dor.org.br/publico/intro.asp> em 26 /03/2013.

<sup>82</sup> *Idem*.

dores idiopáticas. Para ele, são doenças numerosas e identificadas, porém não elucidadas do ponto de vista médico-científico. Tais doenças possuem um nome, são perfeitamente descritas, bem como suas características, pertencem ao que ele chama de síndrome dolorosa idiopática, ou medicamente inexplicadas.<sup>83</sup> As patologias que revelam essas dores sem explicação são, por exemplo, lombalgia comum, nevralgia facial, colopatias funcionais e fibromialgia. Delorme assinala que a pesquisa realizada para compreender a doença nos órgãos, na região, no organismo que sofre, revela uma aparência de normal nos exames e tecnologias disponíveis.

### 1.5 – “Uma dor diferente”

A fibromialgia, neste caso, é uma doença que parece ocupar uma classificação singular. Na cartilha para pacientes, criada e desenvolvida pela Comissão de dor, fibromialgia e outras síndromes das partes moles (2011), vinculada à Sociedade Brasileira de Reumatologia (SBR), vemos a seguinte definição:

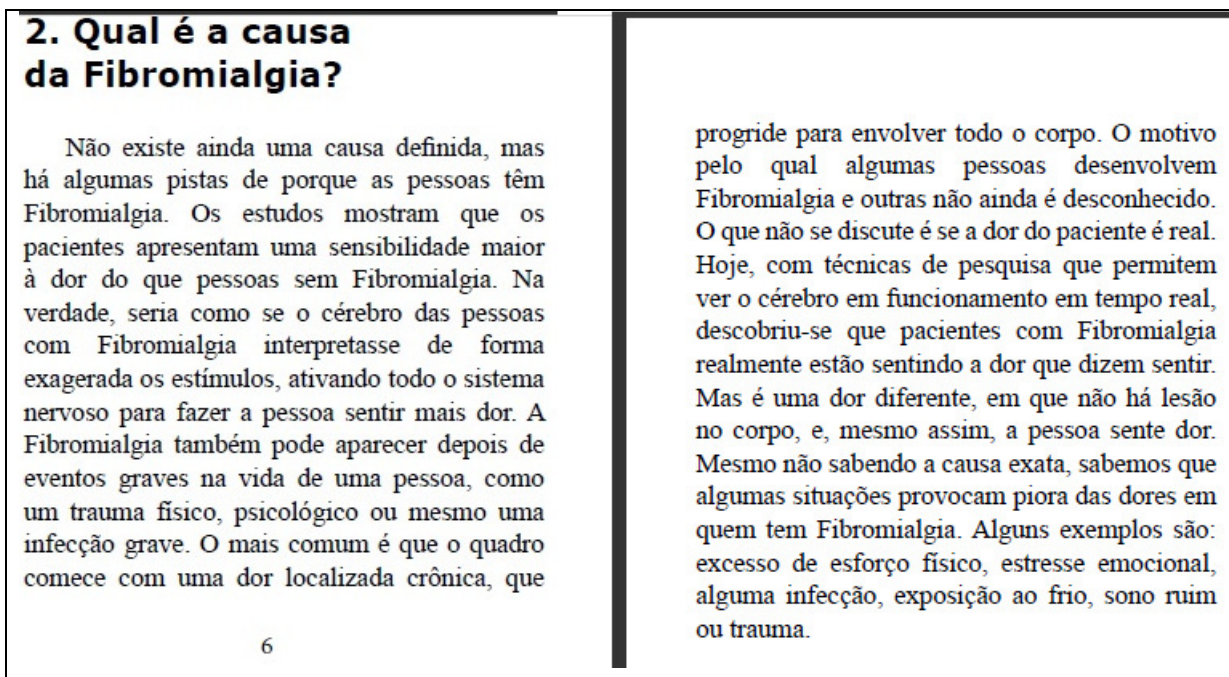
É uma síndrome clínica que se manifesta, principalmente, com dor no corpo todo. Muitas vezes fica difícil saber se a dor é nos músculos ou nas articulações. Os pacientes costumam dizer que não há nenhum lugar do corpo que não doa. Junto com a dor, surgem sintomas, como fadiga (cansaço); sono não reparador (a pessoa acorda cansada, com sensação de que não dormiu), e outras alterações como problema de memória, concentração, ansiedade, formigamentos/dormência, depressão, dores de cabeça, tontura, problemas intestinais. Uma grande característica da pessoa com fibromialgia é a grande sensibilidade ao toque e à compressão de pontos no corpo.<sup>84</sup>

Síndrome clínica ou doença idiopática, a fibromialgia constitui um desafio para a medicina, que, além de buscar alívio e cura para os pacientes, demanda explicação científica para as causas. Na cartilha para pacientes a que nos referimos anteriormente podemos ler o que mostra a **Figura 1**.

---

<sup>83</sup> *Op. cit.*, 1999, p. 52.

<sup>84</sup> SOCIEDADE BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA. Cartilha para pacientes da Comissão de dor, fibromialgia e outras síndromes das partes moles. 2011. Disponível em: <http://www.reumatologia.com.br/index.asp?Pagina=reumatologia/principaisDoencasEorientacoesPaciente.asp>



**Figura 1** – *A causa da fibromialgia.* Fonte: Sociedade Brasileira de Reumatologia. *Cartilha para pacientes da Comissão de Dor, Fibromialgia e Outras Síndromes das Partes Moles*, 2011, p. 6

Trata-se de uma doença que foi nominada no final da década de 1980, em um período de questionamento dos próprios profissionais da saúde sobre a dor. Tanto Leriche quanto Bonica são expoentes de uma postura crítica ante o sofrimento do paciente seja em função da sua doença, seja pelo fato de os próprios procedimentos clínicos causarem dor e desconforto e perceberem que isso não era mais necessário. De sintoma “salutar”, a dor tornou-se “um sinistro presente”, algo inútil. A fibromialgia parece se “enquadrar”<sup>85</sup> nas doenças idiopáticas assinaladas por Delorme, mesmo que as classificações da Iasp possam situá-la como dor crônica. Não ter lesão e apresentar dor da mesma forma nos remetem à mudança da percepção que Rey elucidou sobre a questão da sensibilidade plural.

Nos próximos capítulos, buscaremos compreender na análise dos artigos da *RBR* e do *site* da SBR de que maneira os profissionais da reumatologia constroem o diagnóstico e intervêm no tratamento da fibromialgia.

<sup>85</sup> ROSENBERG, C. & GOLDEN, E.. *Framing Disease*. Studies in Cultural History. New Jersey, Rutgers University Press, 1997.

## Capítulo 2 – A fibromialgia “saindo do armário”: conhecimento médico, diagnóstico e controvérsias na *Revista Brasileira de Reumatologia* entre as décadas de 1990 e 2010

*Falar sobre o pensamento dos outros,  
procurar dizer o que eles já disseram é tradicionalmente  
fazer uma análise do significado.*  
(M. Foucault)

Em 1994, foi lançado um artigo na *Revista Brasileira de Reumatologia (RBR)*, no qual seus autores buscam encorajar outros pesquisadores a ter “curiosidade sobre os problemas de dor e dificuldades comportamentais associados à fibromialgia”,<sup>86</sup> desejando fazer o assunto “sair do armário”, torná-lo conhecido, e, dessa forma, possibilitar estudos mais avançados sobre esse “distúrbio intrigante” denominado fibromialgia. Mas por que a fibromialgia é intrigante?

A fibromialgia é uma doença cujo sintoma dor, conforme literatura pesquisada, remonta ao final do século XIX. Apesar de relatos de dor intensa e difusa pelo corpo existirem desde essa época, sua nomeação e classificação ocorreu na década de 1980, nos EUA.<sup>87</sup> Como vimos no capítulo anterior, a doença era nominada *fibrosite*, termo cunhado por William Gowers em 1904, permanecendo até o final da década de 1970.<sup>88</sup> Eram empregados outros diagnósticos para os mesmos sintomas, tais como: reumatismo, reumatismo psicogênico, reumatismo não articular etc.<sup>89</sup>

Esses diversos diagnósticos para os sintomas, que hoje são reconhecidos pelos médicos como fibromialgia, nos levam a pensar quais condições nosológicas estavam em jogo para que transcorressem mais sete décadas para que a doença fosse nomeada e seus critérios diferenciados da fibrosite. Dito de outra maneira, será que as concepções médicas de patologias associadas a um substrato patológico poderiam entrar em conflito com

---

<sup>86</sup> ALÁCON & BRANDLEY, Coming Out of closet: fibromyalgia in the 1990's: An American perspective. *Rev. Bras. Reumatol.* São Paulo: vol. 34, n.2, mar-abril, pág.49-51, 1994.

<sup>87</sup> INANICI, Fatima & YUNUS, Muhammad. History of fibromyalgia: past to present. *Curr Pain Headache Rep.* 2004, oct, 8 (5):369-78. Disponível em: [www.ncbi.nlm.nih.gov](http://www.ncbi.nlm.nih.gov). Acesso em 19/02/2014.

E também ver MATTOS, Rafael da Silva. Fibromialgia e dor: um estudo de caso sobre o mal-estar no trabalho e adoecimento. IMS, UERJ, 2011.(TESE)

<sup>88</sup> *Ibidem.*

<sup>89</sup> ALÁCON & BRANDLEY, *op. cit.*

investigações de doenças nas quais o substrato anatomopatológico não se apresenta – ou não foi descoberto – como é o caso da fibromialgia? O que permitiu, então, o conhecimento médico agrupar os sintomas e nominar a doença? Como e quando a doença começou a “sair do armário”?

O detalhamento clínico da fibromialgia começou a ser feito nos EUA, em 1977, pelo reumatologista Hugh Smythe e pelo psicólogo Harvey Molfdovsky,<sup>90</sup> quando a doença era ainda denominada fibrosite. Eles observaram que a incidência maior era em pacientes entre 30 e 60 anos de idade, na maioria mulheres, com sintomas de dor difusa, sem comprovação de exames que poderiam mostrar evidência de inflamação muscular. Além da dor, foi notado que tanto a fadiga e o sono não reparador eram comuns em seus portadores, que também apresentavam outras comorbidades. As pesquisas biomédicas sobre a doença evidenciaram que o fato de os pacientes não apresentarem inflamações, ou algum substrato patológico comprovado por exames que justificassem as queixas de dor e fadiga, provocara descrença em médicos e familiares na dor e certa convicção no exagero dos sintomas, julgando que tais indivíduos apresentavam, na verdade, um quadro psiquiátrico.<sup>91</sup>

Embora o detalhamento clínico tenha sido feito por Smythe e Molfdovsky, a nomeação da doença foi realizada por outro médico. Segundo Mattos, o médico Frederick Wolfe foi um dos primeiros reumatologistas a tentar definir os sintomas hoje conhecidos como fibromialgia, motivado por inúmeros pacientes que reclamavam de dores difusas pelo corpo.<sup>92</sup> Em 1970, Wolfe era o diretor do Centro de Estudo sobre Artrite, em Wichita, Kansas, e em sua pesquisa estabeleceu vários exames para detectar a origem das dores; porém, nenhum exame revelou inflamações ou qualquer outro tipo de alteração física.<sup>93</sup> Esse dado é significativo, pois poderíamos pensar que as dificuldades em definir a etiopatogenia da doença transcorreu quase um século para que se formassem os conceitos nosológicos da fibromialgia, sobretudo, em uma patologia em que não se apresentava a origem das dores.

Pode-se dizer que em 1987 inaugura-se uma nova etapa em relação à doença.

---

<sup>90</sup> SÁ, Eduardo *et al.* A dor e o sofrimento físico: algumas reflexões a propósito da compreensão psicológica da fibromialgia. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, vol.7, número 1-2, janeiro-dezembro, 2005. Pág. 101 a 113, Sociedade Portuguesa de Psicossomática. Disponível em : <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id> . Acesso em 03/02/2013.

<sup>91</sup> *Ibidem*, p. 102.

<sup>92</sup> MATTOS, *op. cit.*, 2011.

<sup>93</sup> *Ibidem*, p. 12.

Utilizando a metáfora de Alárcon & Brandley, a fibromialgia começou a “sair do armário”<sup>94</sup> quando o reumatologista Frederick Wolfe se reuniu com uma equipe médica multidisciplinar dos EUA e Canadá para codificar a patologia e nominá-la: “Seu nome é derivado do grego *algia*, que significa ‘dor’, *mio* indicando muscular e do latim *fibro*, indicando o tecido conjuntivo dos tendões e ligamentos”.<sup>95</sup> Logo depois, em 1990, os critérios de diagnóstico foram adotados pelo American College of Rheumatology (ACR), e a fibromialgia foi oficialmente reconhecida. Definiu-se então que o diagnóstico poderia envolver 18 pontos dolorosos espalhados no corpo e confirmação a partir de 11 desses pontos.

Tal como vimos no **Capítulo 1**, notamos que nos anos 1970 e 1980 foi significativa a multiplicação de centros de pesquisa que estudam a dor.<sup>96</sup> Em 1973, foi fundada por John J. Bonica a International Association for the Study of Pain (Iasp) nos EUA. A organização almejou oferecer nova forma de enfrentamento da dor, reunindo médicos, pesquisadores biomédicos e psicólogos interessados nesse objetivo. De acordo com Delorme, o funcionamento dos Centros Antidolor apoia-se numa perspectiva pluridisciplinar, na qual diferentes especialistas podem intervir.

Segundo a Iasp, a dor é definida como uma “experiência sensitiva e emocional desagradável associada ou relacionada a lesão real ou potencial dos tecidos, em que cada indivíduo aprende a utilizar esse termo através das suas experiências anteriores”. A definição agrega aspectos culturais, mostrando que a dor pode ser aprendida através da socialização. Essa organização revela-se importante na busca por formas de tratamento e de compreensão da dor. Tal instituição influenciou a organização de associações multidisciplinares na América e na Europa.

As pesquisas biomédicas desenvolvidas por F. Wolf em relação aos sintomas da doença nominada fibromialgia estavam em consonância com um novo olhar dos profissionais da saúde para a dor, tornando-os mais atentos às demandas.

Nove anos depois, em 1999, os critérios definidos pela ACR foram validados no Brasil pela Sociedade Brasileira de Reumatologia (SBR). Com base em estudo para “uma população brasileira”, ficou decidido que o diagnóstico da fibromialgia seria estabelecido a

---

<sup>94</sup> ALARCON & BRANDLEY, *op. cit.*, 1994.

<sup>95</sup> MATTOS, *op. cit.*, 2011, p. 13.

<sup>96</sup> DELORME, *op. cit.*, 1999.

partir de nove pontos dolorosos no corpo.<sup>97</sup> No estudo também se verificou a presença de outras comorbidades destacadas pelo Colégio Americano, tais como: fadiga, sono não reparador, ansiedade, cefaleia, depressão, entre outros. Apesar de a validação dos critérios para a classificação da doença ter sido estabelecida no final da década de 1990, a *Revista Brasileira de Reumatologia (RBR)* apresenta referências sobre a patologia em um período anterior.

Em 1988, foi publicado um artigo que relacionou dor e depressão, e nele há relatos das seguintes expressões patológicas: “síndromes de suscetibilidade à dor” e “síndrome dolorosa relacionada à depressão”<sup>98</sup> – ainda não aparecendo o termo fibromialgia. No entanto, no transcorrer dos anos, tais categorias médicas passaram a ser utilizadas para falar sobre a patologia, além de outras como: “distúrbio”, “síndrome da fibromialgia” e “doença de somatização” etc.

O artigo que inaugura a palavra fibromialgia na *RBR* é apresentado em 1991 e discute a avaliação do sono nos pacientes com essa patologia.<sup>99</sup> Isso não significa que não existissem pesquisas ou publicações sobre o tema. O autor do artigo que inaugurou o assunto médico fibromialgia na *RBR* já tinha uma literatura sobre a doença desde o final da década de 1980. Até o ano de validação dos critérios de classificação da doença no Brasil, em 1999, pela Sociedade Brasileira de Reumatologia, foram publicados 16 artigos sobre o tema no periódico da instituição, sendo dois artigos de pesquisadores estrangeiros.

A bibliografia usada pelos autores é, em grande parte, em língua inglesa, de periódicos norte-americanos e britânicos, e, em muitos títulos, aparece o nome “fibrosite”. Notamos na utilização dessa palavra como sinônimo de fibromialgia em alguns periódicos.<sup>100</sup> No entanto, a diferença entre os nomes oferece também uma distinção de conceito e classificação da doença. Fibrosite, o primeiro nome cunhado pelos médicos ao conjunto de sintomas, oferece um significado de ‘inflamação’, ao utilizar o sufixo *ite*, enquanto, *algia* reforça a questão da

---

<sup>97</sup> HAUM, M.V.A.; POLLAK D.F.; FERRAZ, D.F. A validação dos critérios do Colégio Americano de Reumatologia para classificação de fibromialgia em uma população brasileira. *Rev. Bras. Reumatol.* São Paulo: vol. 39, n.3, mai-jun, pág. 221-230, 1999.

<sup>98</sup> MARTINS, J. Dor e Depressão. *Rev. Bras. Reumatol.* São Paulo: vol. 28, n.1, mar-abr, pág.28-32, 1988.

<sup>99</sup> SAMPAIO, G. Avaliação Clínica da qualidade do sono em 92 pacientes com fibromialgia. *Rev. Bras. Reumatol.* São Paulo: vol. 31, n.1, jan-fev, pág. 10-12, 1991.

<sup>100</sup> MARQUES, A.P.; MENDONÇA, L.F. de; COSSENRELLI, W. Alongamento muscular em pacientes com fibromialgia a partir de um trabalho de reeducação postural global (RPG). *Rev. Bras. Reumatol.* São Paulo: vol. 34, n.5, set-out, pág.232-234, 1994.

dor.<sup>101</sup> Com as pesquisas biomédicas realizadas para a definição da etiopatogenia, foi observada a ausência de inflamação nos tecidos onde se localizam as dores. Portanto, a troca de nome para os mesmos sintomas obedece a esta lógica. Curiosamente, os artigos do periódico remetem a outros artigos médicos nos quais as informações sobre a doença abarcam os dois nomes. Então, podemos supor que a entidade nosológica fibromialgia criou diferenças de conceitos em relação à fibrosite.

O recorte desta pesquisa abrange o período de validação dos critérios para diagnóstico reconhecido em 1999 ao período do Consenso de tratamento da fibromialgia de 2010 e tem como fonte a *Revista Brasileira de Reumatologia*, totalizando 47 artigos e o *site* da Sociedade Brasileira de Reumatologia, no qual encontramos as publicações eletrônicas do periódico a partir de 2003.

Neste capítulo, apresentamos alguns conceitos significativos para nossa análise acerca dos debates médicos que orientam a nossa reflexão sobre o objeto.

## 2.1 - A medicina e o conhecimento biomédico sobre as doenças

A medicina e os médicos ocupam lugares de prestígio<sup>102</sup> em diversas sociedades, pois possuem reconhecidamente o monopólio do saber sobre as doenças e sobre a cura dos doentes. Na perspectiva de Michel Foucault,<sup>103</sup> o saber médico constituiu-se como verdade, conferindo poder, sobretudo, durante o processo de formação do estado moderno e consolidação do capitalismo. Para o autor, trata-se do controle dos corpos exercido não somente pelo Estado, mas pelos indivíduos entre si – denominado por ele de microfísica do poder.

No século XIX, o conhecimento e controle sobre as epidemias e a população foram necessários para o desenvolvimento econômico, que, por sua vez, estavam intrinsecamente vinculadas às políticas de saúde. De acordo com Foucault, as doenças tornaram-se um problema político-econômico para a medicina. Nesse sentido, gostaríamos de refletir sobre

---

<sup>101</sup> ARAÚJO, Rejane. Doença: Construção e realidade e formação dos médicos. Dissertação de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, 2002.

<sup>102</sup> BOURDIEU, Pierre. O campo científico. In: Ortiz (org.) *Bourdieu – sociologia*. São Paulo Ática, 1983: pág.122-155.; MAUSS, Marcel. *Sociologia e antropologia*. Vol.I, São Paulo, EPU, 1984.

<sup>103</sup> FOUCAULT, M. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro:Ed. Graal, 1998.



este binômio saúde e doença para a medicina e de que maneira a fibromialgia é enquadrada<sup>104</sup> pelo conhecimento médico no processo de diagnóstico.

As categorias doença e saúde são significativas para pensar a sociedade, mas são, sem dúvida, prerrogativas da medicina. Tais categorias bem como reflexões sobre o campo da medicina já foram descortinadas pelas “ciências humanas”, buscando ampliar a reflexão e a crítica sobre os postulados médico-científicos, desnaturalizando e problematizando conceitos. Dentro dessa reflexão, Rosenberg<sup>105</sup> lembra o papel significativo da medicina sobre a ordenação do comportamento, qualificando-a como tirânica, ao se nomear a doença e estabelecer o diagnóstico como no caso da neurastenia, histeria, alcoolismo, psicopatia sexual, homossexualismo.

Pensar a saúde na sociedade é pensar as formas de classificação que norteiam a organização de mundo. Dessa maneira, a classificação dos fatos sociais em normais e patológicos<sup>106</sup> nos ajuda a refletir sobre essa organização de mundo e como são construídos e desenvolvidos os conceitos de doença e saúde. A fibromialgia, como vimos no **Capítulo 1**, é considerada uma doença cujo sintoma principal é a dor intensa e difusa de seus pacientes. Essa dor, no discurso da *Cartilha para pacientes* da Sociedade Brasileira de Reumatologia, é percebida como “diferente” e atribuída a uma sensibilidade maior dos indivíduos que são diagnosticados – nas palavras da equipe que escreveu, é “uma reação exagerada aos estímulos”. Ou seja, a dor da fibromialgia é percebida como algo “anormal”.

Em *As Regras do Método Sociológico*, Durkheim explica que os fatos considerados “normais” são aqueles que podem ser explicáveis e que apresentam formas mais gerais. A saúde é entendida como algo que faz parte da normalidade, que é inerente à adaptação do indivíduo ao meio, enquanto a doença pode ser “distinguida do estado de saúde como o anormal do normal”.<sup>107</sup> O patológico ou mórbido, segundo o autor, coincide em geral com o conceito corrente de doença.

Durkheim lembra que, na Antiguidade, doença era algo considerado uma contingência imanente dos organismos, que por sua vez constitui a negação de toda a ciência.<sup>108</sup> Da mesma

---

<sup>104</sup> ROSENBERG, *op. cit.*, 1992.

<sup>105</sup> *Idem*. The Tyranny of Diagnosis: Specific Entities and Individual Experience. *Milbank Quarterly*:Jun. 80 (2), 2002: p.237-260.

<sup>106</sup> CANGUILHEM, Georges. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro:Editora Forense Universitária, 1982.; DURKHEIM, E. *As Regras do Método Sociológico – Os Pensadores*. São Paulo:Abril Cultural,1978.

<sup>107</sup> *Ibidem*, p. 110.

<sup>108</sup> *Ibidem*, p. 113.

maneira, Canguilhem<sup>109</sup> identifica duas formas de representação acerca da doença, sob as quais também oscila o pensamento médico. Uma refere-se à perspectiva hipocrática, que possui uma concepção da doença como produto de um desequilíbrio, na qual as circunstâncias externas são ocasiões e não causas. A outra diz respeito à teoria de infecção por germes. Podemos dizer que essa última é a perspectiva dominante hoje em dia. Ou seja, existe um consenso no saber médico sobre as doenças que estabelece uma “causa” para as patologias. Uma determinada doença e seu diagnóstico são explicados pelo contágio por algo externo de que padece o corpo físico. Existem também as explicações sobre condições ambientais que provocam determinadas doenças, bem como origem orgânica e genética das patologias.

Kenneth Camargo Jr. esclarece que a categoria medicina se refere tanto à prática quanto ao saber médico.<sup>110</sup> Para esse autor, essa categoria não é um bloco conceitual monolítico, pois, além dos saberes que a envolve, tem como suporte representações. Uma dessas representações reside na crença da doença como coisa de existência concreta. A doença, para a biomedicina, é uma entidade, não uma construção. Na opinião do autor, o eixo principal da teoria da medicina é a teoria das doenças, na qual todo o trabalho médico está voltado para identificação e eliminação, quando possível, das doenças e das lesões que a causam. O “quadro clínico” é uma categoria médica diagnóstica que pressupõe um conjunto característico de sinais e sintomas que a definem. Entretanto, Camargo Jr. observa que nem todos os pacientes vão apresentar todos os sinais do conjunto de sintomas, pois “as categorias clínicas são, portanto, abstrações agrupando uma infinidade de processos individuais; abstratas ao ponto de por vezes serem difíceis distinção entre si”.<sup>111</sup>

Sobre a busca da “causa última” das doenças, Camargo Jr. assinala que “é basilar na medicina: a essência da doença reside em sua causa”.<sup>112</sup> Na sua perspectiva, doença e lesão estão intrinsecamente ligadas, uma não existe sem a outra. Trata-se, pois, de uma questão da nossa pesquisa: como os médicos reumatologistas constroem o diagnóstico de fibromialgia, doença que não possui substrato patológico?

---

<sup>109</sup> CANGUILHEM, *op. cit.*, 1982.

<sup>110</sup> CAMARGO JR., K. (Ir)racionalidade médica: o paradoxo da clínica. *Phisy – Rev. de Saúde Coletiva*, vol. 2, n. 1, 1992.

<sup>111</sup> *Ibidem*, p. 210-211.

<sup>112</sup> *Ibidem*, p. 211.

## 2.2 – Doença e diagnóstico

A reflexão acerca do normal e do patológico também foi elaborada e desenvolvida por Canguilhem em resposta à questão que o intrigou durante o curso de medicina: como a doença entra e sai dos indivíduos.<sup>113</sup> Podemos dizer que essa questão pode significar que seu autor partilha de conceitos como o de contágio – que constrói um novo olhar para as doenças na medicina moderna. O trabalho de desvendar o que o paciente sente é no que consiste a legitimação do papel social do médico e da medicina, ou seja, como a doença “entra” e “sai” no corpo dos indivíduos, qual é a origem da doença e como se cura.

Para o autor, o século XIX foi o período no qual os fenômenos vitais considerados “normais” e “patológicos” tornaram-se uma espécie de dogma cientificamente garantido.<sup>114</sup> As formas de classificação dos fenômenos vitais assinalados tanto por Durkheim quanto por Canguilhem podem orientar a reflexão sobre o diagnóstico da fibromialgia.

Na classificação do que é normal/anormal ou patológico, as áreas do conhecimento como a biologia, a medicina e a psiquiatria desempenham um papel relevante. Canguilhem explica que a “ameaça da doença é um dos elementos constitutivos da saúde”.<sup>115</sup> Assim, a cura é “a reconquista de um estado de estabilidade das normas fisiológicas”.<sup>116</sup> Para o autor, a medicina existe em primeiro lugar porque os indivíduos se sentem doentes. Contudo, “é apenas em segundo lugar” que os indivíduos, “pelo fato de existir uma medicina, sabem em que consiste sua doença”.<sup>117</sup> Nas palavras do autor, a medicina:

É uma atividade que tem raízes no esforço espontâneo do ser vivo para dominar o meio e organizá-lo segundo seus valores de ser vivo. É nesse esforço espontâneo que a medicina encontra seu sentido [...] Eis por que, sem ser ela própria uma ciência, a medicina utiliza os resultados de todas as ciências a serviço das normas da vida.<sup>118</sup>

Nessa mesma linha de reflexão, Sournia explica que é “a partir das indisposições sentidas pelas pessoas que os médicos criam uma noção intelectual que agrupa os sintomas de que sofre o “doente”.<sup>119</sup> Para esse autor, observar, diagnosticar e tratar são operações que

---

<sup>113</sup> *Op. cit.*, p. 19.

<sup>114</sup> *Ibidem.*

<sup>115</sup> *Ibidem*, p. 251.

<sup>116</sup> *Ibidem*, p. 188.

<sup>117</sup> *Ibidem*, p. 189.

<sup>118</sup> *Ibidem*, p. 188-189.

<sup>119</sup> SOURNIA, Jean-Charles. O homem e a doença. In: LE GOFF, Jaques. *As doenças têm história*. Lisboa: Terramar, 1997, p. 359.

correspondem ao desejo permanente dos indivíduos em conhecer o universo misterioso, buscando entendê-lo, classificá-lo e organizá-lo.

Da mesma forma, lembra Rosenberg,<sup>120</sup> a existência da doença como entidade específica é aspecto fundamental da legitimidade intelectual e moral da medicina. Para esse autor, o diagnóstico é um evento-chave na experiência da doença. Seu significado para o paciente é peculiar, pois pode alterar sua própria narrativa tanto para o futuro, quanto para o passado. Desse modo, o diagnóstico de uma doença torna-se objeto de uma rede complexa de negociações sociais.

Camargo Jr. assinala que a montagem teórica doença-lesão é fundamental na construção de um modelo médico de intervenção, pois a identificação produzida entre doença e lesão permite reduzir ao biológico todo processo de adoecimento, excluindo outros componentes – psicológicos e sociais, por exemplo.<sup>121</sup>

S. Peitzman e R. Maulitz compreendem a elaboração do diagnóstico como “um conjunto organizado de estruturas cognitivas independentes que formam uma série complexa de operações mentais de reconhecimento “cartográfico” e de comparações oferecidas”.<sup>122</sup> O reconhecimento que se opera com o diagnóstico e a nomeação da doença oferecem um (re)conhecimento para um determinado estado de sofrimento. O “reconhecimento cartográfico” médico assinalado por Peitzman e Maulitz promove um reconhecimento social da doença. Na construção do diagnóstico, os autores explicam que tanto a clínica médica, com o exame físico, quanto o laboratório promoveram transformações no ato médico de diagnosticar. A prática do exame físico consolidada no século XIX operou como uma forma de certeza, e, mais tarde, no século XX, os laboratórios desempenharam o mesmo papel.

Na fibromialgia, esse processo de diagnóstico possui algumas singularidades que diferem de muitas doenças, pois ainda não foi descoberta a sua causa – ou como a doença “entra” ou se desenvolve – não existe um substrato anatomopatológico que cause as dores difusas relatadas pelos indivíduos que são diagnosticados. Lembrando que, de acordo com os artigos da *RBR*, em geral, pacientes sentem dores durante anos e passam por muitos diagnósticos ou descrença na dor até terem seus sintomas classificados. Igualmente, muitos pacientes, antes de receberem o diagnóstico de fibromialgia, ouviram que não tinham nada, ao

---

<sup>120</sup> *Op. cit.*, 1997.

<sup>121</sup> *Op. cit.*, p. 211.

<sup>122</sup> PEITZMAN, S. e MAULITZ, R. C. L'élaboration du diagnostic. In: GRMEK, M.D (org.). *Histoire de la pensée médicale en Occident. Vol. 2, de la Renaissance aux Lumières*. Paris:Seuil:1999.

fazerem exames que não demonstravam uma lesão. Camargo Jr. assinala que tais pacientes sem diagnóstico, que sofrem o discurso da exclusão, acabam enquadrados numa área menos nobre: a psiquiatria.<sup>123</sup>

Podemos observar nos artigos da *RBR* que os indivíduos que apresentam dor difusa durante anos são diagnosticados com fibromialgia bem mais tarde. Além da descrença inicial em seus sintomas, recebem diversos diagnósticos e passam por inúmeros testes e exames de laboratório. Foram observadas que as áreas do corpo onde se localizavam as dores não mostravam nenhuma alteração anatômica. Relatos de sensação de edema eram constantes, porém, o ponto de vista médico não se observaram alterações.<sup>124</sup> Os critérios para o diagnóstico da doença inicialmente denominada fibrosite tornaram-se um procedimento clínico para os médicos. Os artigos da *RBR* sugerem que o nome muda a partir dessas pesquisas que acompanharam o enquadramento da doença.

De acordo com os periódicos da *RBR*, os critérios para diagnóstico da fibromialgia foram definidos nos EUA, em 1990, a partir de um estudo multicêntrico envolvendo 16 centros de pesquisa dos EUA e Canadá, e validado pelo Colégio Americano de Reumatologia (ACR), como informamos anteriormente. Entretanto, podemos observar nos artigos a existência de critérios para diagnóstico elaborados num período anterior:

Em 1971, Smythe e Moldofsky desenvolveram os primeiros critérios diagnósticos para a fibromialgia. Esse estudo provocou o aparecimento de uma série de publicações científicas de critérios de diagnósticos, contribuindo para aumentar o interesse sobre a fibromialgia. No entanto, os vários critérios propostos apresentavam problemas metodológicos de aplicação clínica e nenhum grupo de critérios foi testado entre os vários centros de estudo.<sup>125</sup>

O trecho sugere que o enquadramento da doença apresentou “problemas metodológicos de aplicação clínica” até se consolidar em um “critério-modelo” na década de 1990.

Na **Figura 2** podemos observar que um grupo maior de médicos estava envolvido nesse processo de desenvolvimento de critérios de diagnóstico. Haum *et al.* explicam que, a “acurácia” não era verificada tais quais os critérios elaborados posteriormente com o médico reumatologista F. Wolfe e equipe multicêntrica. Segundo os autores, a equipe estabeleceu

---

<sup>123</sup> CAMARGO JR., 1992, *op. cit.*, p. 212.

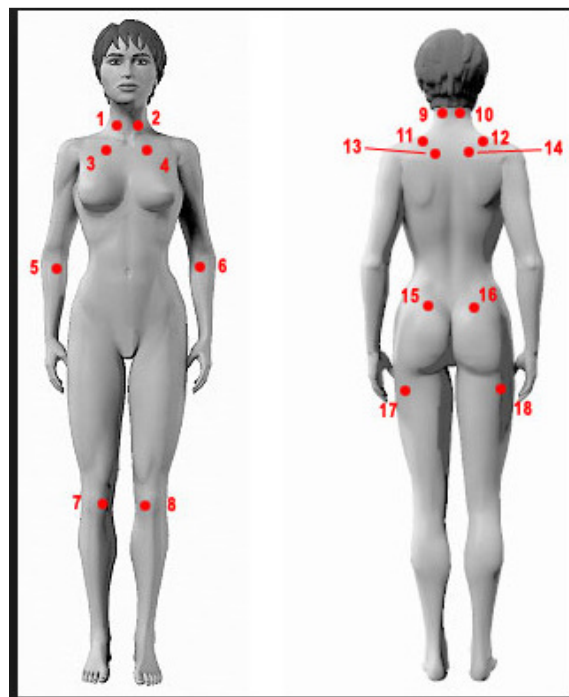
<sup>124</sup> PROVENZA et al. Spect cerebral em pacientes com fibromialgia. *Rev. Bras. Reumatol.* São Paulo: vol. 42, n.1, jan-fev, pág. 25-29, 2002.

<sup>125</sup> HAUM et al. *Op. cit.*, 1999. p. 222.

critérios restritos a “a história da dor difusa, dor em 11 de 18 pontos dolorosos à apalpação digital realizada com pressão”.<sup>126</sup>

Mais um aspecto que foi refutado no estudo foi à divisão entre “fibromialgia primária e secundária”. Destarte, os médicos do Colégio Americano de Reumatologia arbitraram que a dor difusa era o elemento mais significativo da doença para estabelecer o diagnóstico, e não haveria estágio da doença “primário” ou “secundário”. Outros sintomas que podem acompanhar a fibromialgia – como fadiga, distúrbios de sono, distúrbios de humor, depressão – são classificados pelos médicos como um quadro de comorbidades. Ficou estabelecido que o diagnóstico para fibromialgia contaria a partir de 11 pontos dos 18, denominado de *tenders points* (**Figura 3**).

Autor, ano
Critérios de validação para o Brasil, Veloso <i>et al.</i> , 1998
Critérios ACR, Wolfe <i>et al.</i> , 1990
Smythe & Moldofsky, 1971
Bennett, 1981
Yunus <i>et al.</i> , 1981
Campbell <i>et al.</i> , 1983
Wolfe <i>et al.</i> , 1985
Goldenberg <i>et al.</i> , 1986
Yunus <i>et al.</i> , 1988



**Figura 2** – *Autor, ano*. Fonte: HAUM et al., *RBR*, vol 39,n.4- ago-set, 1999, p.222

**Figura 3** – *Tender points*. Fonte: <http://wildwoodinnhr.com/fibromyalgia>. Acesso: 31/01/2014

Em função da escolha das fontes e do nosso escopo de pesquisa, arrazoa-se aqui o debate médico presente na SBR, a partir de suas publicações, que nos permite vislumbrar debates médicos norte-americanos, sobretudo os que envolveram o ACR. No entanto,

<sup>126</sup> *Ibidem*.

acreditamos que o conhecimento biomédico é um campo de saber que envolve muitas áreas e que a *RBR* corresponde a um veículo de construção e legitimação desse campo, ajudando-nos a compreender quais debates estiveram presentes no enquadramento da doença. Em outras palavras, utilizando os conceitos de Fleck,<sup>127</sup> as equipes médicas formam um coletivo de pensamento envolvido com estilos de pensamento diferentes, os quais, no processo de definição de critérios de diagnóstico e nomeação da doença, se confrontaram e interagiram. Assim, a circularidade de conhecimento que Fleck destaca em relação ao saber médico nos permite olhar a *Revista Brasileira de Reumatologia (RBR)* como um território de trânsito para produção de conhecimento sobre uma “nova” doença.

Dentro das classificações médicas, a doença fibromialgia é definida pelos reumatologistas como uma “síndrome dolorosa de etiopatogenia desconhecida”. Dizer que a doença é uma “síndrome” significa dizer, em termos médicos, que é um “conjunto constante de sintomas que não tem necessariamente a mesma causa em todos os casos”.<sup>128</sup> Inanici e Yunus,<sup>129</sup> ao discorrerem sobre seu artigo *História da Fibromialgia: do passado ao presente*, explicaram que o conceito de síndrome da fibromialgia tem um “avô”, que foi Hugh Smythe, pois ele elaborou:

um capítulo de dez páginas sobre síndrome de fibrosite em um livro popular de reumatologia, influenciou muitos pesquisadores de fibromialgia no final de 1970 e 1980. Parece que ele foi o primeiro a descrever SFM exclusivamente como uma síndrome de dor generalizada, junto com fadiga, falta de sono, rigidez matinal, fatores atenuantes e agravantes, sofrimento emocional e múltiplos “*tenders points*”. Smythe também proporcionou um conjunto de critérios casuais, porém funcionais de diagnóstico. Ele especificou locais de “*tenders points*”, muitos dos quais ainda foram usados nos critérios do *Colégio Americano de Reumatologia*, em 1990.<sup>130</sup>

No Brasil, a validação dos critérios do Colégio Americano de Reumatologia para classificação da fibromialgia ocorreu em 1999, em artigo na *RBR* em julho do mesmo ano. O diagnóstico da doença já era feito no país, bem como pesquisas biomédicas sobre as comorbidades e novos tratamentos são temas observáveis nos artigos da *RBR*. Para o grupo que pesquisou e validou os critérios de classificação da fibromialgia da ACR, a justificativa apoiou-se nas diferenças étnicas e culturais, bem como nas possibilidades de alteração da

---

<sup>127</sup> FLECK, Ludwik. *Gênese e desenvolvimento de um fato científico*. Belo Horizonte: Fabrefactum, 2010.

<sup>128</sup> WINGATE, Peter. *Dicionário médico*. Lisboa: Publicações Dom Quixote, 1978.

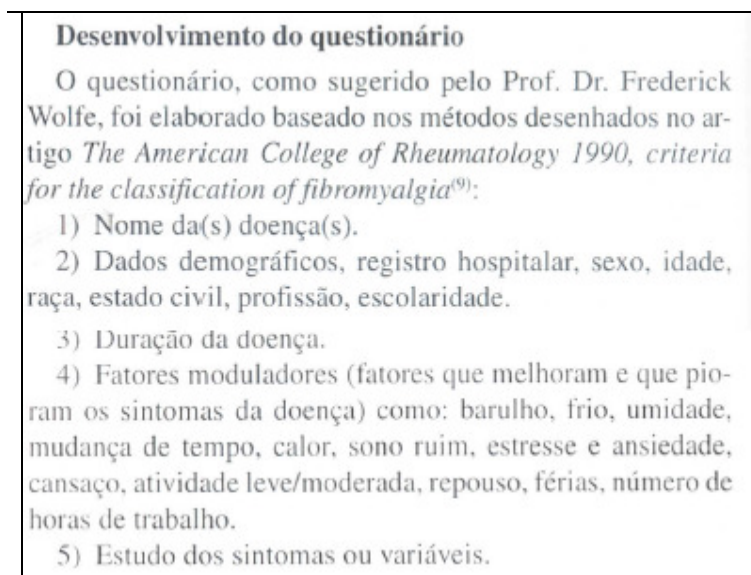
<sup>129</sup> INANICI, & YUNUS. *History of fibromyalgia: past to present*. Curr Pain Headache Rep. 2004, oct, 8 (5)

<sup>130</sup> *Ibidem*, p. 373, tradução livre.

validade dos critérios, conforme podemos ler:

Sendo a fibromialgia uma síndrome dolorosa funcional, sem substrato anatômico patológico definido e sem alterações biológicas ou de imagens que auxiliem no diagnóstico, é válido questionar se diferenças étnicas, culturais e socioeconômicas existentes entre a população norte-americana e a brasileira, em pacientes atendidos no ambulatório de reumatologia do Hospital São Paulo – Escola Paulista de Medicina – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, Brasil, não alterariam a validade dos critérios quanto a sensibilidade, especificidade e acurácia?<sup>131</sup>

A equipe médica do Hospital São Paulo validou os critérios de diagnóstico a partir de nove pontos dolorosos de 18 validados pela instituição norte-americana e também definiu a doença como síndrome. Além da abordagem dos pontos dolorosos, a equipe médica elaborou e aplicou um questionário sugerido pelo reumatologista norte-americano Frederick Wolfe e baseado nos métodos do artigo *The American College of Rheumatology 1990, criteria for the classification of fibromyalgia*,<sup>132</sup> em que podemos observar informações que englobam aspectos individuais e sociais do paciente (**Figura 4**).



**Figura 4** – Questionário aplicado pelo Hospital São Paulo para identificação de portadores de fibromialgia

É interessante notar que, mesmo sem a validação dos critérios do ACR, no Brasil, a fibromialgia era diagnosticada como mostram os artigos entre 1991 até 1999, totalizando 15

<sup>131</sup> HAUM ET AL. *Op. cit.*, 1999, p. 223.

<sup>132</sup> *Ibidem*, p. 222-223.



artigos no periódico da *RBR* no período de 1990 a 1999. A maior parte dos artigos se refere aos critérios de classificação estabelecidos pela ACR ou mencionam os critérios como algo personificado em Frederick Wolfe. As pesquisas publicadas na *RBR* durante esse período assinalam a dificuldade de diagnóstico da doença; em alguns casos, o protocolo médico da ACR foi questionado pelo fato de apresentar experiências de casos limítrofes, como, por exemplo, indivíduos com dor difusa mas sem o parâmetro mínimo de pontos para o diagnóstico de fibromialgia.<sup>133</sup>

Apesar de existir um consenso sobre o avanço na aceitação dos critérios de diagnóstico oficializados pela instituição americana entre os profissionais de saúde que escreveram na *RBR*, as complexidades de casos observadas pelos profissionais demandaram mais pesquisas biomédicas, sobretudo com o objetivo de tentar construir a etiopatogenia da doença.<sup>134</sup> Verificamos que, em pouco mais de uma década, os parâmetros de diagnóstico tornaram-se menos presos à quantidade de pontos dolorosos. No documento produzido pela Sociedade Brasileira de Reumatologia em conjunto com a Associação Médica Brasileira e o Conselho Federal de Medicina, intitulado *Projeto Diretrizes: Fibromialgia*, podemos ler: “os critérios de resposta dolorosa, em pelo menos 11 desses 18 pontos, é recomendado como proposta de classificação, mas não devem ser considerados como essencial para o diagnóstico”.<sup>135</sup>

A “natureza subjetiva das queixas” dos pacientes<sup>136</sup> é uma observação recorrente e destaca-se nos discursos dos artigos. Em 1991, o médico reumatologista assinala a dificuldade de um estudo controlado devido a critérios subjetivos existentes, conforme artigo da *RBR*:

A avaliação dos critérios incluídos para o diagnóstico da FBM<sup>137</sup> demonstra certa dificuldade em padronizá-los para um estudo controlado, principalmente devido ao grande número de critérios subjetivos existentes. Todavia, os distúrbios do sono (DS) apresentam classificação diagnóstica possível de ser utilizada na prática clínica, além de permitir certas

<sup>133</sup> MARTINEZ; FERRAZ, M.B. Fibromialgia e dor miofacial: extremos de uma mesma afecção? *Rev. Bras. Reumatol.* São Paulo: vol. 36, n.4, jul-ago, pág.165-166, 1996.

<sup>134</sup> Cf. *Ibidem*; ALÁRCÓN, G.S.; BRANDLEY, L.A Coming Out of closet: fibromyalgia in the 1990's: An american perspective. *Rev. Bras. Reumatol.* São Paulo: vol. 34, n.2, mar-abril, pág.49-51, 1994.; HELFINSTEIN JR, M.; FELDMAN, D. Prevalência da síndrome da fibromialgia em pacientes diagnosticados como portadores de (L.E.R.) lesões por esforço repetitivo. *Rev. Bras. Reumatol.* São Paulo: vol. 38, n.2, mar-abr, pág.71-77, 1998.

<sup>135</sup> PROVENZA JR ET AL. *Sociedade Brasileira de Reumatologia: Projeto Diretrizes: Fibromialgia*. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, 2004.

<sup>136</sup> ROZENBLATT et al. Características do sono alfa da fibromialgia. *Rev. Bras. Reumatol.* São Paulo: vol. 42, n.1, jan-fev, pág.15-24, 2002.

<sup>137</sup> Sigla para doença utilizada pelos autores.

interferências sobre os aspectos dinâmicos que envolvem esses distúrbios.<sup>138</sup>

Tais critérios subjetivos da doença situam-se no oposto da fundação da medicina moderna, que se apoiou na objetividade para poder diagnosticar e tratar as doenças.<sup>139</sup> O saber médico, antes das grandes descobertas do século XIX, ganhou uma positividade com o desenvolvimento da clínica médica a partir da observação sobre o corpo, sobretudo no universo da linguagem e nas formas de classificação. Para Foucault, a clínica é ao mesmo tempo um novo recorte das coisas e também princípio e articulação de uma linguagem da “ciência positiva”.<sup>140</sup> Em outras palavras, o discurso racional provoca uma mudança na semântica médica. O saber clínico promove uma mutação no saber médico que, por sua vez, é marcado por um surgimento de uma nova gramática médica.

A atividade clínica, para Camargo Jr., se caracteriza pelos seguintes passos: anamnese, exame físico e diagnóstico. Em tal sequência, segundo ele, “está implícito o processo de objetivação, de fazer surgir a partir da objetividade do sofrimento do paciente a objetividade da doença, em passos graduais”.<sup>141</sup> Para Rosenberg,<sup>142</sup> o aparato laboratorial químico e de imagem potencializou a definição da doença em termos cada vez mais objetivos, daí tornou-se cada vez mais inevitável a ligação entre procedimento, máquina e diagnóstico. O que gostaríamos de ressaltar é que essas concepções de objetividade da doença para elaboração do diagnóstico se fazem ainda presentes e, em relação à doença fibromialgia, tais demandas de objetividade se confrontam com seu caráter subjetivo. Os discursos médicos sobre a fibromialgia constantemente se referem às dificuldades de diagnóstico; neles parecem residir as “controvérsias” relacionadas à doença, como mostra a **Figura 5**.

---

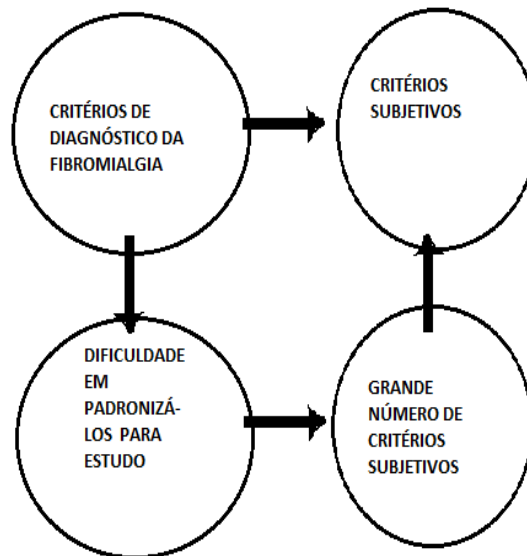
<sup>138</sup> Roseblatt et al.. *Rev. Bras. Reumatol.* São Paulo: vol. 31, n.1, jan-fev,1997, pág. 10-12

<sup>139</sup> FOUCAULT, M. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense, 2006.

<sup>140</sup> *Ibidem*, p. 7.

<sup>141</sup> CAMARGO JR. 1992, *op.cit*, p. 233.

<sup>142</sup> ROSENBERG, C. The Tyranny of Diagnosis: Specific Entities and Individual Experience. *Milbank Quarterly*: Jun 80 (2), 2002: p.237-260.



**Figura 5** – *Dificuldades de diagnóstico*

Os “critérios subjetivos” assinalados no artigo podem ser relacionados à/aos sintomas:

- dor difusa;
- fadiga;
- distúrbios de sono (insônia);
- distúrbios de humor;
- distúrbios intestinais;
- distúrbios de memória;
- ansiedade;
- depressão.

A palavra comorbidades é igualmente recorrente no discurso dos artigos da *RBR* e sugere a presença de outras doenças ou síndromes concomitantes, sinalizando que o indivíduo com fibromialgia pode ter mais de um diagnóstico. Ou seja, outros diagnósticos somados à doença que podem às vezes confundir os médicos e submetê-los a terapêuticas sem eficácia. Sendo uma doença que possui, além da dor, bastantes sintomas, o discurso médico da *RBR* a qualifica como de quadro clínico “polimorfo”.<sup>143</sup> Para tentar elucidar a questão, o documento produzido em 2004 – *Projeto Diretrizes: Fibromialgia*<sup>144</sup> – propôs um diagnóstico diferencial

<sup>143</sup> PROVENZA JR ET AL. *Op. Cit.*, 2004.

<sup>144</sup> *Ibidem.*

relacionado a algumas doenças, no qual podemos ler:

Não existem exames subsidiários, tanto de laboratório como de imagem, que tenham utilidade diagnóstica para a síndrome, exceto quando outras enfermidades estiverem presentes concomitantemente.

No diagnóstico diferencial, as seguintes condições devem ser lembradas: 1) Síndrome da dor miofacial; 2) Reumatismo extra-articular afetando várias áreas; 3) Polimialgia reumática e artrite de células gigantes; 4) Polimiosites e dermatopolimiosites; 5) Miopatias endócrinas, hipotireoidismo, hipertireoidismo, insuficiência adrenal; 6) Miopatia metabólica por álcool; 7) Neoplasias; 8) Doença de Parkinson; 9) Efeito colateral de drogas (corticosteroide, cimetidina, fibratos e drogas ilícitas).<sup>145</sup>

No entanto, todos os artigos da *RBR* assinalam que as dores difusas, localizadas em alguns pontos, sem substrato patológico, são o sintoma principal, enquanto outros sintomas podem ser enquadrados em outras comorbidades, ou ser uma “prevalência” junto com a fibromialgia. Nesse sentido, observamos também diversos artigos que realizaram um estudo de prevalência de outros sintomas como enxaqueca, distúrbios de sono, depressão etc.

O *Projeto Diretrizes: Fibromialgia*, de 2004, sugere um momento importante no enquadramento da doença. Primeiramente, é um documento produzido pela SBR em conjunto com Associação Médica Brasileira (AMB) e Conselho Federal de Medicina (CFM), nos parecendo uma ampliação dos assuntos reumatológicos para outras áreas médicas, conforme o próprio documento explicita: tem por “objetivo conciliar informações da área médica a fim de padronizar condutas que auxiliem o raciocínio e a tomada de decisão do médico”. Dito de outra forma, podemos entender esse documento como uma circulação de um **estilo de pensamento** para um **coletivo de pensamento**, valendo-nos das reflexões de Fleck<sup>146</sup> sobre o processo de construção e desenvolvimento dos fatos científicos. O *Projeto Diretrizes: Fibromialgia* sugere uma padronização das condutas médicas, referente ao diagnóstico e, sobretudo, à questão da incapacidade funcional, aspecto criticado de forma explícita no periódico da *RBR*:

As dificuldades diagnósticas aumentam quando se trata de colegas de áreas básicas ou de especialidades que não têm tradição em pesquisa de fibromialgia. No início da história da fibromialgia observa-se escassez de diagnósticos. Atualmente, temos o contrário, uma abundância de diagnósticos, com muitos falsos positivos. O impacto dessa dificuldade extrapola o cuidado do paciente e passa a afetar o relacionamento de médicos e pacientes com a sociedade. Um exemplo é a questão trabalhista

---

<sup>145</sup> *Ibidem*, p. 3.

<sup>146</sup> *Op. cit.*, 2010.

que envolve a síndrome.<sup>147</sup>

Contudo, os critérios constituem os sintomas da doença, que, como vimos no **Capítulo 1**, podem ser um desafio para se criarem instrumentos de avaliação no caso da dor. Podemos observar na *RBR* que a complexidade e subjetividade da dor representam dificuldade para uma avaliação precisa e que, para superar esse impasse, o autor defende a utilização de técnicas como questionários verbais, escalas de categoria numérica, escala analógica visual, índices não verbais na avaliação da dor.<sup>148</sup> As dificuldades assinaladas podem ser justificadas, porque tais critérios são arbitrários e passíveis de questionamento, tal como nota o médico reumatologista:

Os critérios diagnósticos operacionais de qualquer doença que não manifeste anormalidades fisiopatológicas definitivas podem ser criticados como sendo arbitrários. A opinião do especialista é o padrão de critério diagnóstico, com o potencial de levar a fundamentos cíclicos ou a tautologia. Contudo, o diagnóstico de muitas doenças crônicas, incluindo a enxaqueca e as cefaleias tensionais, a síndrome do cólon irritável, ou a síndrome da fadiga crônica ou a depressão, baseiam-se em critérios subjetivos semelhantes, determinados por um consenso de médicos especialistas.<sup>149</sup>

Nesse sentido, Rosenberg<sup>150</sup> assinala que o diagnóstico atinge dimensões pública e privada. Ou seja, o conceito específico de doença é usado para gerenciar políticas de saúde, cuidados com a saúde, instaurar desvios, bem como alteram a trajetória de vida das pessoas. Dentre os conceitos específicos de doença, o autor assinala que a tanto a medicina quanto a população em geral participam da contestação de categorias diagnósticas, como, por exemplo, hiperatividade, síndrome de transtorno de gênero, síndrome pré-menstrual, vício em jogo etc. São questionadas e ao mesmo tempo negociadas socialmente, pois muitas dessas doenças diagnosticadas apresentam aspectos subjetivos atingindo a questão comportamental dos indivíduos, sobretudo com um caráter regulador.

Os critérios de diagnóstico da fibromialgia são considerados subjetivos pela dificuldade de instrumento de medida de algo que é particular, como, por exemplo, a dor e sua intensidade, bem como os sintomas relativos aos aspectos emocionais e psicológicos dos

---

<sup>147</sup> MARTINEZ, J. Fibromialgia: o desafio do diagnóstico correto. *Rev. Bras. Reumatol.*, São Paulo, v. 46, n. 1, fev. 2006.

<sup>148</sup> FERREIRA et al. A avaliação da dor em pacientes com fibromialgia. *Rev. Bras. Reumatol.* São Paulo: vol. 42, n.2, mar-abr, pág.104-110, 2002.

<sup>149</sup> GOLDENBERG, Don. Fibromyalgia Syndrome a Decade Later: What have we learned? *Arch. Intern. Med.*, vol.159, apr 26, 1999. p.778, tradução livre.

<sup>150</sup> *Op. cit.*, 2002.

pacientes (ansiedade, depressão, distúrbios de humor). Mais uma vez, Rosenberg<sup>151</sup> lança luz sobre a nossa reflexão: o autor explica que a medicalização dos estados emocionais e comportamentais dos pacientes tem sido realizada no campo nosológico da psiquiatria e que essa permanece como “gerente de fronteiras” – lidando ao mesmo tempo com a dimensão orgânica (biológica) e subjetiva dos indivíduos, utilizando drogas psicoativas que, por sua vez, legitimam a ideia de uma doença como entidade específica. É nessa área médica que a doença fibromialgia parece residir, como poderemos ver mais à frente.

A medicina mostrou ao longo do tempo que a sua razão de existir estava ligada à questão do tratamento da dor e do sofrimento físico. Mais recentemente, os sofrimentos emocionais também se tornaram alvo dos cuidados médicos, no plano do “invisível”.<sup>152</sup> Acreditamos que a problemática da doença fibromialgia passa pela questão da (in)visibilidade: a dor que não é visível, onde não existe edema, luxação, nenhum substrato que possa ser notado a “olho nu” e no microscópio, além de tudo agrega sintomas “invisíveis”: depressão, ansiedade, distúrbios de humor. Na fibromialgia, a etiologia da doença aparenta ser composta por algo oculto, sinalizando, dessa forma, e até o presente momento, não existir “uma causa”, dispondo a doença e seu diagnóstico num lugar de descrença de uma doença biológica (física), na qual reside sua controvérsia.

### 2.3 – A questão das controvérsias

A fibromialgia é um tema polêmico: seja qual for a nossa posição – doença ou síndrome? – enfrentamos controvérsias (e muitas!) quanto a sua patogênese, tratamento e implicações trabalhistas. Este número da *RBR*, o primeiro de 2002, trata quase que exclusivamente da fibromialgia. E por quê? Para aqueles que gostam de estatísticas, de 1980 a 1990 encontramos no Medline 457 artigos sobre o tema; de 1991 a 1995, 600 artigos; de 1996 a 2000, 1005 artigos, e de 2001 para cá, encontramos 192 trabalhos. Trata-se, portanto, de um tema relevante.<sup>153</sup>

A origem etimológica da palavra controvérsia remete-se ao latim que significa

<sup>151</sup> *Idem*, Contested Boundaries, Psychiatry, disease, and diagnosis. *Perspectives in Biology and Medicine*. 49 (3): 2006, 407-424.

<sup>152</sup> Rejane Araújo utiliza a mesma expressão “invisível”. Cf. ARAÚJO, *op. cit.*, 2002.

<sup>153</sup> LAURINDO, I. Controvérsia e mais controvérsias. *Rev. Bras. Reumatol.* São Paulo: vol. 42, n.1, jan-fev, (editorial), 2002. p 5.

‘embate’ ou ‘choque de opostos’. É sobre o embate que Bruno Latour<sup>154</sup> chama atenção, pois, para esse autor, revelar os embates, incertezas, decisões é significativo para compreender o processo de construção de conhecimento no campo científico. Segundo ele, o princípio da simetria corresponde a justamente levarmos em conta as controvérsias. Essas reflexões lançaram no campo da História das Ciências uma análise das disputas em jogo, bem como tornaram mais complexo o modelo científico dominante.

Vamos tomar de empréstimo a metáfora da caixa preta de Latour.<sup>155</sup> Segundo o autor de *Jamais fomos modernos*, podemos pensar que a doença fibromialgia não está com a sua caixa-preta “fechada” no período de análise de nossa pesquisa. Entretanto, nesse período de 1999 a 2010 são produzidos diagnósticos e tratamentos, e, de acordo com o editorial da *RBR* de janeiro de 2002 transcrito anteriormente, podemos entender que médicos reumatologistas e pacientes enfrentam controvérsias como (des)crença na doença, exagero dos sintomas, julgamentos de que sofrem na verdade uma doença psicossomática ou psiquiátrica, bem como encaram questões trabalhistas. Esses embates parecem estar no cerne para a compreensão dos debates médicos sobre a fibromialgia.

Para sistematizar a nossa análise, selecionamos nos discursos dos artigos do periódico os argumentos relacionados às controvérsias no **Quadro 3**. No entanto, podemos observar que os discursos dos profissionais que escrevem na revista se entrecruzam e poderiam estar em mais de um quadro.

**Quadro 3 – Controvérsias**

Controvérsia	Discurso da <i>RBR</i>
Descrença nos sintomas e doença	<p>“Um dos pontos mais enfatizados pelas fibromiálgicas é que, apesar da dor muito forte, elas não têm um exame laboratorial ou radiológico que comprove isso para a família, amigos e trabalho.”<sup>156</sup></p> <p>“Normalmente o paciente estará sob estresse psíquico, o que manterá acesa a possibilidade de sofrer dor. Todo o ambiente de trabalho estará contra ele: os colegas não acreditam, a chefia prioriza o nível da produção, e com isso o doente se sente coagido a manter seu ritmo de trabalho, sob pena de agravar seu estado de saúde, pois, não havendo lesão visível, não tem como</p>

<sup>154</sup> LATOUR, Bruno. *Jamais fomos modernos*. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1994.

<sup>155</sup> Apropriamos-nos da metáfora da “caixa-preta” que consiste na importância de investigar como determinados conceitos são construídos, discutidos, como o seu sentido vai aos poucos se estabelecendo até, em determinado ponto, não importar mais quais as relações que estão dentro dele.

<sup>156</sup> FERREIRA et al. A avaliação da dor em pacientes com fibromialgia. *Rev. Bras.Reumatol.* São Paulo: vol. 42, n.2, mar-abr, 2002, pág.109

	<p>comprovar a todos – nem a si mesmo! – a sua debilidade física. [...] Por isto a função do médico assistente é fundamental. A relação médico paciente forte fará com que o doente acredite na sua doença, veja a necessidade de fazer parte do tratamento, assim como sua parcela de culpa nas crises”<sup>157</sup>.</p>
“Transtorno psicossomático”	<p>“Halliday comenta que a maioria dos casos de fibromialgia é um transtorno psicossomático, sendo os sintomas uma manifestação externa das tensões emocionais. [...] Yunus, em 1981, estudando 50 pacientes, aponta a ansiedade como aspecto importante da fibromialgia, encontrando-a em 50% dos pacientes. Refere-se ainda que 68% de seus pacientes apresentavam piora dos sintomas dolorosos no período de ansiedade e estresse mental.”<sup>158</sup></p> <p>“Sua definição constitui motivo de controvérsia, basicamente pela ausência de substrato anatômico na sua fisiopatologia e por sintomas que se confundem com depressão maior e síndrome da fadiga crônica. Por estes motivos, alguns ainda consideram-na uma síndrome de somatização.”<sup>159</sup></p>
“Incapacidade funcional”	<p>“Quanto à incapacidade para o trabalho, observamos que a ocorrência de afastamento em virtude de FM é muito maior na nossa casuística que no estudo conduzido por Wolfe. Tal discrepância pode ter origem nas diferenças culturais e critérios de aceitação de capacidade para o trabalho noutros países.”<sup>160</sup></p> <p>“Na questão da relação da fibromialgia com o trabalho, parece claro e já bem estabelecido que essa síndrome não seja ocupacional, embora possa ser desencadeada pelo trabalho, principalmente nos casos em que um ambiente inadequado se associa à insatisfação pessoal com a atividade. [...] Afastar ou não o paciente de sua atividade profissional é outro assunto polêmico (...). Acredito que o afastamento do trabalho nos casos de fibromialgia deve ser uma medida extrema (...).”<sup>161</sup></p>
Comorbidades	<p>“Comorbidades e diagnóstico prévios apresentaram-se numa média de ocorrência de 4,05 por paciente, seja em tratamento no momento da consulta seja apenas abordados no passado.[...] Vinte e oito por cento das pacientes apresentavam comorbidades cardiovasculares, sendo hipertensão responsável pela maior parte delas (25,6%). As afecções gastrointestinais altas ocorreram em 40% dessas pacientes [...] Quadro psiquiátricos foram diagnosticados em 45% dessas pacientes em algum momento de suas histórias. Hipotireoidismo e diabetes mellitus estavam em tratamento em 7,5% e 2,5% desses pacientes respectivamente.”<sup>162</sup></p>

<sup>157</sup> REZENDE, M.C. A síndrome da fibromialgia no dia a dia ocupacional. *Rev. Bras. Reumatol.* São Paulo: vol. 42, n.2, mar-abr,2002, pág.319

<sup>158</sup> MARTINEZ, J. et al. Aspectos psicológicos da mulher com fibromialgia. *Rev. Bras. Reumatol.* São Paulo: vol. 32, n.2, mar-abr, , 1992, pág.51-60

<sup>159</sup> Provenza Jr et al. Sociedade Brasileira de Reumatologia: Projeto Diretrizes: Fibromialgia. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, 2004.

<sup>160</sup> BATISTELLA & RIBERTO. Comorbidades em fibromialgia. *Rev. Bras. Reumatol.* São Paulo: vol. 42, n.1, jan-fev, 2002, pág. 4

<sup>161</sup> Provenza Jr et all. Sociedade Brasileira de Reumatologia: Projeto Diretrizes: Fibromialgia. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, 2004.

<sup>162</sup> BATISTELLA & RIBERTO. Comorbidades em fibromialgia. *Rev. Bras. Reumatol.* São Paulo: vol. 42, n.1, jan-fev, pág.1-7, 2002.p.3



	<p>“Cerca de 30% a 50% dos pacientes possuem depressão. Ansiedade, alteração do humor e do comportamento, irritabilidade e outros distúrbios psicológicos acompanham cerca de 1/3 destes pacientes, embora o modelo psicopatológico não justifique a presença de fibromialgia.”<sup>163</sup></p>
--	---

Quando a medicina procura a patogênese de determinada doença, busca-se verificar o seu desenvolvimento, a sua origem, bem como os mecanismos que ela provoca. As hipóteses sobre a origem da doença, sobre o que a causa, variam entre traumas, vida sedentária, excesso de exercício, estresse, virose etc. É sobre a patogênese da fibromialgia que o editorial de 2002 da *RBR* destaca uma das controvérsias. Ao longo do tempo, as pesquisas biomédicas relacionadas à doença assinalam que os indivíduos diagnosticados com fibromialgia não apresentam substrato anatomopatológico que justifiquem a causa das dores, porém, experiência com a ressonância magnética foi capaz de mostrar imagens cerebrais com alterações quando pontos dolorosos (*tenders points*) eram pressionados, demonstrando que a dor é realmente sentida, como sublinha a *Cartilha da Comissão de Dor, Fibromialgia e Outras Síndromes Dolorosas de Partes Moles* da Sociedade Brasileira de Reumatologia.<sup>164</sup> A hipótese mais aceita atualmente sobre a doença explica que é causada por um mecanismo de sensibilização do sistema nervoso central (SNC) à dor.<sup>165</sup> E também podemos ver referência à:

A questão das descobertas histológicas na SFM<sup>166</sup>, descrita pela primeira vez em 1904, continua controversa. (...). Com uma aceitação geral que não houve alterações histológicas significativas nos músculos esqueléticos, voltou-se a atenção para o SNC e um aberrante mecanismo de dor central foi sugerido para ser o principal mecanismo fisiopatológico na SFM. Tal modelo foi prontamente abraçado pelos pesquisadores e a maioria dos estudos sobre a fisiopatologia da SFM desde então foram direcionados para os mecanismos neuro-hormonais.<sup>167</sup>

Apesar dessa origem da doença não ser algo esclarecido pelas pesquisas biomédicas, os indivíduos que sofrem de dores experimentam alívio ao receber um diagnóstico e ao mesmo tempo enfrentam descrença das pessoas com as quais convivem, como podemos ler no trecho do artigo da *RBR*:

<sup>163</sup> PROVENZA et all. Fibromialgia Rev. Bras.Reumatol. São Paulo: vol. 44, n.6, nov-dez, 2004, pág.444

<sup>164</sup> COMISSÃO DE DOR, FIBROMIALGIA E OUTRAS SÍNDROMES DAS PARTES MOLES, Cartilha para pacientes, Sociedade Brasileira de Reumatologia (SBR). 2011. Disponível em: [http://www.reumatologia.com.br/index.asp?Perfil=&Menu=Publicacoes&Pagina=publicacoes/in\\_cartilhas\\_educativas\\_sbr.asp](http://www.reumatologia.com.br/index.asp?Perfil=&Menu=Publicacoes&Pagina=publicacoes/in_cartilhas_educativas_sbr.asp) Acesso em 15/01/2013.

<sup>165</sup> PROVENZA JR. *Sociedade Brasileira de Reumatologia: Projeto Diretrizes: Fibromialgia*. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, 2004. p. 3.

<sup>166</sup> Síndrome da fibromialgia. A grafia do artigo foi mantida.

<sup>167</sup> INANICI; YUNUS, *op.cit.*, p. 374.

Durante a coleta de dados, muitos pacientes do grupo teste reclamavam do tipo de dor que a fibromialgia causa. Descreviam a dor como algo insuportável, sendo que um dos pontos mais enfatizados pelas fibromiálgicas é que, apesar da dor muito forte, elas não têm um exame laboratorial ou radiológico que comprove isso para a família, amigos e trabalho. Parece mais fácil reconhecer uma inabilidade ou diminuição do desempenho físico nos casos que a doença é óbvia, notória, como a perda de um membro, paralisia ou perda de movimento articular mensurável.<sup>168</sup>

Como a doença não é visível, a descrença se faz presente como o trecho do artigo explicita. A dúvida em relação à doença suscita nas pessoas que convivem com os indivíduos com fibromialgia a necessidade de uma comprovação. A “comprovação” pode ser através da palavra do médico, valendo-se da sua figura de autoridade na relação médico-paciente que deve ser “forte”, tal como podemos ler no **Quadro 3**. A dúvida pode também demandar “prova”, ou seja, um aspecto de anatomia patológica objetiva, real e indubitável, conforme Foucault<sup>169</sup> explica, ressaltando a importância da leitura do corpo para a construção desses saberes para a medicina. Leitura essa que se opera no nível de sensibilidade dos pacientes através de *tenders points*, mas que não apresenta inflamações ou qualquer tipo de substrato patológico. Se é que podemos dizer, é uma leitura possível através do toque, mas não é uma leitura possível em termos visuais de tecido musculoesquelético. Observamos que a descrença e demanda de um substrato que sinalize o que provoca a fibromialgia trouxe a hipótese de que a doença não existe ou era algo causado por fatores psicológicos, como podemos ler no trecho do artigo abaixo:

um bom número de reumatologistas por todo o mundo assumiu que a doença não existe, ou que é um transtorno psicossomático e, portanto, não merecedor da atenção de pesquisadores biomédicos. Alguns pesquisadores, no entanto, dedicaram grande esforço para estudar este transtorno, em uma tentativa de compreender sua patogênese e as consequências de seus sintomas. Em nossa visão, um grande avanço foi conseguido para o reconhecimento da fibromialgia como uma doença digna de investigação científica em 1990, quando os critérios para classificação dos pacientes de fibromialgia foram estabelecidos por um comitê do *Colégio Americano de Reumatologia (ACR)* e publicados em seu jornal oficial, *Arthritis and Rheumatism*.<sup>170</sup>

O reconhecimento da doença, como se assinalou anteriormente, se por um lado traz

<sup>168</sup> FERREIRA et al. A Avaliação da dor em pacientes com fibromialgia. *Rev. Bras.Reumatol.* São Paulo: vol. 42, n.2, mar-abr, pág.104-110, 2002.

<sup>169</sup> *Op. cit.*, 2006, p. 142.

<sup>170</sup> Traduzido de ALÁRCÓN, G.S.; BRANDLEY, L.A Coming Out of closet: fibromyalgia in the 1990's: An american perspective. *Rev. Bras. Reumatol.* São Paulo: vol. 34, n.2, mar-abril, 1994, p.49

alívio para pacientes, por outro a questão da invisibilidade das dores pode sinalizar um problema para o mundo do trabalho. No **Quadro 3**, no qual inserimos o discurso médico, fica claro que o fato de o paciente não apresentar um aspecto anatômico que justifique as dores e as limitações físicas que ocorrem representa um problema na esfera profissional e privada. A controvérsia da “incapacidade funcional” na verdade está relacionada a outro argumento: a hipótese médica defendida na *RBR* de a síndrome não ser ocupacional.<sup>171</sup> Podemos observar que as queixas dos pacientes e as reivindicações por direito a um amparo legal junto ao Ministério do Trabalho na forma de afastamento são assinaladas como um problema para os médicos que escrevem no periódico. Sobretudo, a crítica atinge médicos peritos e médicos não reumatologistas:

Afastar ou não o paciente de sua atividade profissional é outro assunto polêmico. O objetivo de todo médico, e em especial do reumatologista, é manter seu paciente com uma boa qualidade de vida. Dentro desse conceito, a independência pessoal bem como a inserção produtiva na sociedade deve ser mantida. Acredito que o afastamento do trabalho nos casos de fibromialgia deva ser uma medida extrema, pois contraria a expectativa de uma saúde adequada. Entendo que, em determinados períodos, quando a intensidade dos sintomas for grande ou mesmo quando se apresentarem comorbidades, essa conduta possa ser considerada.

[...] Infelizmente, esse erro é cometido com frequência, especialmente no meio pericial. Critérios e instrumentos de avaliação de impacto devem ser aperfeiçoados e difundidos entre os profissionais da área trabalhista e pericial.<sup>172</sup>

E também:

Estes fatores interferem na difícil questão trabalhista. Infelizmente, é crescente o número de pacientes com fibromialgia que erroneamente são diagnosticados como portadores de doenças ocupacionais por médicos despreparados e que são denominados “peritos”. Por vezes, os pacientes são afastados desnecessariamente de suas atividades profissionais, contribuindo para o elevado custo social da doença.<sup>173</sup>

No discurso médico da *RBR*, podemos entender que o “elevado custo social da doença” parece uma preocupação imersa no custo econômico e menos ligada ao bem-estar do trabalhador – daí o interesse em manter o paciente na “inserção produtiva da sociedade”. Nesse sentido, o discurso sugere que, além de diagnósticos de falsos-positivos, os médicos

<sup>171</sup> PROVENZA JR ET AL. *Op. cit.*, 2004.

<sup>172</sup> MARTINEZ, José Eduardo. Fibromialgia: o desafio do diagnóstico correto. *Rev. Bras. Reumatol.*, São Paulo, v. 46, n. 1, fev. 2006.

<sup>173</sup> HEYMANN, Roberto Ezequiel. O papel do reumatologista frente à fibromialgia e à dor crônica musculoesquelética. *Rev. Bras. Reumatol.*, São Paulo, v. 46, n. 1, fev. 2006.

“despreparados”, segundo a revista, podem onerar o erário.

Consideramos que a controvérsia relacionada à incapacidade funcional extrapola a nossa pesquisa, pois teríamos que caminhar por outras tramas teóricas. Nesta dissertação, nos interessa mostrar como o discurso sobre a doença assume um caráter controverso heterogêneo – permeado também por questões político-econômicas.

Contudo, gostaríamos de chamar a atenção para a perspectiva de Mattos,<sup>174</sup> que relaciona a fibromialgia com o adoecimento no trabalho. Na tese, intitulada *Fibromialgia e dor: um estudo de caso sobre o mal-estar no trabalho e adoecimento*, Mattos pesquisou um grupo de mulheres em Tratamento Multidisciplinar de Pacientes Portadores de Fibromialgia e levantou a seguinte hipótese: a recusa do regime social de trabalho se inscreve no corpo. Apesar de observar que a análise não pode ser generalizada para todo o Brasil, o autor sugere que o desenvolvimento da “síndrome fibromiálgica” está relacionado à construção de uma forma de recusa, bem como a uma “manifestação do sofrimento oriundo de relações opressivas”.<sup>175</sup> Nesse sentido, a leitura de Mattos localiza a doença num espaço simbólico, de um lado a relação opressiva de conflitos trabalhistas (social), de outro a esfera pessoal (privado).

A palavra psicossomática tem origem na palavra grega *psiche*, que significa ‘mente’ ou ‘alma’, e *soma*, denotando ‘corpo’. Do ponto de vista da psicologia médica, uma doença é psicossomática quando se atribui a processos psíquicos importância decisiva na origem das doenças.<sup>176</sup> É um conceito que data da primeira metade do século XX e que tem por finalidade reduzir a separação entre doenças que dependem do mental e doenças que dependem do físico.<sup>177</sup> Dizer que uma doença é psicossomática é levar em conta os sintomas físicos e os estados mentais que refletem os acontecimentos vitais e conflitos dependentes da biografia e da personalidade do paciente. Segundo Le Moal, “esse tipo de abordagem traria uma dimensão etiológica e/ou patogênica que falta à medicina de Pasteur, para qual a causa é um agente físico independente do psiquismo”.<sup>178</sup>

A controvérsia a respeito da origem psicossomática da fibromialgia está associada principalmente aos sintomas de depressão e ansiedade. Os argumentos apresentados, que

---

<sup>174</sup> *Op. cit.*, 2011.

<sup>175</sup> *Ibidem*, p. 226-227.

<sup>176</sup> DORSCH, F., HACKER, H., STAPF, K. *Dicionário de psicologia Dorsch*. Petrópolis: Vozes, 2001. p. 788.

<sup>177</sup> LE MOAL, M. in: DORON, R. E PAROT, F. (Orgs). *Dicionário de psicologia*. São Paulo: Atica, 1998. p. 635.

<sup>178</sup> *Ibidem*.

fomentaram uma discussão e levantaram hipóteses explicativas no periódico da *RBR*, assinalam a questão de as dores da fibromialgia serem provocadas por “anormalidades psicológicas” e emocionais originadas em experiências traumatizantes pessoais, profissionais e por estresse. É interessante notar que, em 1880, Beard, neurologista dos Estados Unidos, mencionou dor generalizada (em adição à fadiga e à perturbação psicológica), que ele chamou de neurastenia/miastenia. Ele atribuiu esses sintomas ao estresse diário da vida moderna<sup>179</sup> – explicação semelhante para sintomas análogos. Em outras palavras, tanto a neurastenia quanto a fibromialgia são doenças questionadas, porém a construção foi em campos nosológicos distintos: neurastenia na psiquiatria, fibromialgia na reumatologia. Não queremos aprofundar essa comparação, pois fugiria ao nosso escopo de pesquisa, mas tentar trazer para a reflexão esse olhar histórico sobre a doença e suas formas de classificação, aproveitando o próprio discurso de médicos reumatologistas<sup>180</sup> que inseriram na história da doença fibromialgia as semelhanças com os sintomas de uma doença que entrou em desuso na psiquiatria.

Esse discurso aparece nos primeiros periódicos da *RBR* sobre a fibromialgia. Em 1992, autores do campo da reumatologia, psicologia e psiquiatria sugerem que a doença pode ser uma “manifestação externa de um reflexo interno de tensões emocionais”, assim como as doenças psicossomáticas.<sup>181</sup> Destacam igualmente a evidência de “distúrbios psicológicos” nos pacientes com fibromialgia, bem como a prevalência de depressão. Nas palavras dos autores, “uma resposta definitiva quanto à participação do psiquismo na fisiopatologia da fibromialgia ainda está por ser definida”.<sup>182</sup> Tal observação, feita na década de 1990, se comparada com o texto de outros artigos publicados nos anos seguintes, mostra que os reumatologistas, apesar de se concentrarem na dor difusa dos pacientes, chamam atenção para o universo psíquico utilizando diversos nomes: “distúrbios psicológicos”, “anormalidades psicológicas”, “depressão”, “síndrome de depressão maior”, “distúrbios de humor” etc. – sugerindo, assim, a importância desse caráter mental relacionado à subjetividade do indivíduo.

De acordo com os artigos, podemos inferir que um dos argumentos do discurso que poderia corroborar a classificação da doença como pertencente à esfera mental e não física é a “ausência de um substrato anatômico na sua fisiopatologia”, tal qual assinalado em 2004 no

---

<sup>179</sup> INANICI & YUNUS, *op. cit.*, 2004.

<sup>180</sup> *Ibidem.*

<sup>181</sup> MARTINEZ ET AL. *Op. cit.*, 1992, p. 53.

<sup>182</sup> *Ibidem.*

*Projeto Diretrizes: Fibromialgia* (ver **Quadro 3**). Outro elemento importante para colocar em dúvida a classificação da doença fibromialgia na reumatologia são os índices estatísticos da depressão, cerca de 30% a 50% em alguns artigos,<sup>183</sup> e também um índice maior, publicado em 2005, como podemos ler abaixo:

A prevalência de anormalidades psicológicas, particularmente a depressão, é elevada entre esses pacientes, variando de 49% a 80%. A depressão pode iniciar ou perpetuar os sintomas da SF, provocar limitações funcionais importantes e, conseqüentemente, influenciar a qualidade de vida dos pacientes.<sup>184</sup>

Podemos dizer que índices de 50% a 80% podem acrescentar força a uma origem mental da doença, bem como servir para enquadrar a fibromialgia fora do campo da reumatologia. Por que, então, a fibromialgia é uma doença inscrita nesse campo? Buscaremos responder a essa questão nos próximos tópicos. No entanto, percebemos que alguns artigos explicam que a depressão é uma das comorbidades da fibromialgia, centrando-se nos critérios da ACR que indicam a dor como o sintoma mais importante. Os profissionais que escrevem na *RBR* explicam que não se trata de uma doença psicossomática, pois argumentam que:

Assim como em outras condições crônicas, como a artrite reumatoide, há um aumento na prevalência de diagnóstico de depressão nestes pacientes. Entretanto, não ficou comprovada a hipótese de que a fibromialgia possa ser uma variante da doença depressiva. O estresse psicológico pode determinar quem se tornará um paciente. Os diagnósticos diferenciais que geralmente são considerados no espectro da fibromialgia são as doenças somatoformes, especialmente o distúrbio de somatização e distúrbio de dor, como definidos no DSM-IV. Do ponto de vista terapêutico, raramente é útil caracterizar a fibromialgia como sendo um problema puramente psicológico ou puramente orgânico. Considerando todos os estudos apontando para uma disfunção do processamento sensorial, pode-se inferir que a dor desses pacientes é real e que os sintomas psicológicos podem ser secundários à dor. Vale a pena lembrar que o diagnóstico de distúrbio somatoforme deixa de existir quando há uma explicação fisiopatológica plausível.<sup>185</sup>

Consideramos que a questão das controvérsias está relacionada ao diagnóstico e classificação da doença no campo médico. A fibromialgia é polêmica, como assinalou o editorial da revista de janeiro de 2002, porque a doença envolve muitos aspectos que ultrapassam os sintomas físicos e biológicos. Falar sobre a doença é incorporar à sua

<sup>183</sup> PROVENZA JR ET AL, *op. cit.*, 2004.

<sup>184</sup> BERBER, Joana de Souza Santos; KUPEK, Emil; BERBER, Saulo Caíres. Prevalência de depressão e sua relação com a qualidade de vida em pacientes com síndrome da fibromialgia. *Rev. Bras. Reumatol.*, São Paulo, v. 45, n. 2, abr. 2005, p.48

<sup>185</sup> PROVENZA JR ET AL. Sociedade Brasileira de Reumatologia: *op. cit.*, 2004, p.3

classificação todos os aspectos subjetivos, comportamentais e sociais humanos. Segundo Camargo Jr.,<sup>186</sup> tudo que se refere à subjetividade é posto de lado como não científico; para esse autor, o modelo biomédico reduz ao biológico o processo de adoecimento. Talvez esta doença seja ímpar para observarmos de que maneira a medicina olha para algo biológico como a dor e busca racionalizar e explicar de uma forma científica este sofrimento humano. Em outras palavras, o enquadramento da doença pela medicina se apoia em uma racionalidade que tem como referência a “Ciência com C maiúsculo”, parodiando Bruno Latour,<sup>187</sup> ou seja, o “conhecimento oficial”.

## 2.4 – A racionalidade médica e a ciência

O saber médico hodierno é uma manifestação da racionalidade científica moderna.<sup>188</sup> Em sua análise sócio-histórica da racionalidade moderna, Madel Luz explica que a síntese epistemológica das ciências físicas está ancorada num modelo explicativo mecanicista, métodos experimentalista e dedutivista, bem como linguagem matematizante. Nesse processo histórico, a autora explica que outros sistemas de expressão de verdades (filosofia, artes, disciplinas do social etc.) foram desqualificados epistemologicamente.

O pressuposto da “neutralidade” da razão científica, questionado pela autora, pode dialogar com as reflexões de Bourdieu.<sup>189</sup> Para ele, as práticas científicas obedecem a interesses específicos. Em outras palavras, o campo científico é permeado por disputas e interesses que sinalizam uma “luta pelo monopólio da competência científica”. Nessa luta, o que está em jogo é a luta pela autoridade científica. As pesquisas científicas são valorizadas à medida que trazem um lucro simbólico mais importante. Tal lógica pode ser observada em relação às doenças: o financiamento nas investigações médicas científicas obedece à hierarquia social dos grupos atingidos.

Conforme comentamos anteriormente, o saber desempenha o papel de ordenador do

---

<sup>186</sup> Camargo Jr., 1992, op.cit, p.208

<sup>187</sup> *Op. cit.*, 2004.

<sup>188</sup> LUZ, Madel. *Natural, Racional, Social: razão médica e racionalidade científica moderna*. Rio de Janeiro Campus, 1988.; AUGUSTO, Maria Helena. Natural, racional, social: discussão de uma sociabilidade. *Tempo social: Rev. Social*, São Paulo: USP, 1(1): 247 – 257.

<sup>189</sup> BOURDIEU, Pierre. *O poder simbólico*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2000.; *Idem*. O campo científico. In: Ortiz (org.) *Bourdieu – sociologia*. São Paulo Ática, 1983: pág.122-155.

mundo através de categorias específicas, tais como doença e morte, normalidade e patologia, equilíbrio e desvio, etc.<sup>190</sup> Essa ordenação racional da realidade, além de produzir verdades, produz efeitos de natureza política e social. Luz assinala que a medicina é duplamente pioneira na racionalidade científica, por meio das teorias e conceitos – ancorados nas disciplinas naturais, quais sejam física, química, fisiologia etc. – e por intermédio de seus profissionais. Os médicos, “mais do que práticos da arte de curar”, serão teóricos da ciência moderna das doenças, pois “a disciplina das doenças é, portanto, parte integrante e produtiva da racionalidade moderna”.<sup>191</sup>

Luz define a medicina como uma disciplina do social, em sua explicação:

É mais pelo *campo de objetivações discursivas* que a medicina pode ser situada no campo social. Em outras palavras, é pelos seus objetos de discurso que tematizam: os corpos humanos, decompostos em elementos constituintes; o funcionamento e a desagregação desses elementos; as relações dos seres humanos com esses corpos; as mentes humanas; os sentimentos humanos; a sexualidade humana; o sofrimento humano; a morte humana. E também o comportamento humano e as atitudes humanas em relação aos aspectos citados. Todos esses aspectos do viver e do sofrer humanos têm sido historicamente campo de objetivações da medicina. Foi através deste campo de objetivações que a medicina moderna ordenou seus objetos de discurso no espaço teórico da razão científica.<sup>192</sup>

Para a autora, o saber médico pode ser dividido em dois modelos: o biomédico e o vitalista. No primeiro, o papel do médico é o de identificar o que causou a doença para aniquilá-la, enquanto, a medicina vitalista preocupa-se em devolver a energia vital ao que foi desequilibrado. A análise sobre a racionalidade na construção científica do conhecimento sobre as doenças estão presentes no trabalho de Fleck.<sup>193</sup> Ele explica que o estilo científico de pensamento moderno correlaciona-se a uma atmosfera intelectual específica que se expressa na tentativa de construir um ideal de verdade objetiva. Tal atmosfera intelectual influi no modo de trabalhar e no resultado do trabalho – “o que significa que se manifesta concretamente como disposição para uma percepção direcionada”<sup>194</sup> – que o autor denomina de **estilo de pensamento**. Inspirado nas ideias de Durkheim, explica que **estilo de pensamento** exerce uma coerção e está ligado a uma cultura, bem como a uma época, enquanto **coletivo de pensamento** designa “a unidade social de comunidade de cientistas de

<sup>190</sup> LUZ, *op. cit.*, 1988, p. 4.

<sup>191</sup> *Ibidem*, p. 91.

<sup>192</sup> *Ibidem*, p. 5.

<sup>193</sup> *Op. cit.*, 2010.

<sup>194</sup> *Ibidem*, p. 198.



uma disciplina”. Isso quer dizer que o processo do conhecimento é resultado de uma atividade social, uma vez que o respectivo estado do saber ultrapassa os limites dados a um indivíduo.<sup>195</sup> Destarte, é demonstrado pelo autor, com a pesquisa sorológica da sífilis, que o fato científico é um fato social.

A epistemologia de Fleck também serviu de referência para orientar a pesquisa de dissertação de Araújo sob o título *Doenças: construção e realidade na Formação dos Médicos*.<sup>196</sup> Com o objetivo de refletir sobre as formas de construção científica, sobretudo do campo da medicina – ao qual a autora pertence, exercendo sua prática na reumatologia –, Araújo questionou as formas de classificação médica para o grupo de sintomas: depressão, insônia e dor crônica. Em sua observação de consultório, notou que, dependendo da área médica, seus pacientes possuíam três diagnósticos de síndromes diferentes. Para grupo de sintomas, um reumatologista emite o diagnóstico de “síndrome de fibromialgia”, um ortopedista afirmaria ser “síndrome da dor miofacial regional”, um infectologista diagnosticaria “síndrome da fadiga crônica” e, por último, se a consulta fosse feita a um psiquiatra, o diagnóstico poderia ser “síndrome depressiva” ou “depressão maior”.

A hipótese de Araújo reside na constatação de que o modelo brasileiro de educação médica obedece a uma lógica disciplinar fragmentada, compartimentado com a hegemonia biomédica do modelo Flexner estadunidense – daí cada especialidade médica construir diferentes síndromes que envolvem sintomas semelhantes dos pacientes.<sup>197</sup> Para a autora, o modelo disciplinar médico atual ainda obedece a um estilo de pensamento que deve ser reformulado para se “entender a fisiopatologia das síndromes (...) quando não se leva em conta a multicausalidade e a construção social das doenças”.<sup>198</sup> Para Araújo, a medicina deve-se apoiar em novos paradigmas, que devem ser iniciados na educação, e propõe um novo referencial para o ensino da medicina e um novo modelo de análise de doenças, conforme critica abaixo:

posso entender as dificuldades de comunicação daqueles que tiveram suas formações restritas à sua especialidade em seus cursos de pós-graduação, que se preocupam ou só conseguem enxergar um dos fragmentos biomédicos que compõem apenas parte do trabalho do indivíduo. Fica difícil desenvolver um *ver formativo* que estabeleça uma inter-relação entre o social, o psicossocial e o biomédico, para especialistas que não receberam esse tipo

---

<sup>195</sup> *Ibidem*, p. 82.

<sup>196</sup> ARAÚJO, *op. cit.*, 2002.

<sup>197</sup> *Ibidem*, p. 100.

<sup>198</sup> *Ibidem*, p. 126.

de informação prévia e que não conseguem enxergar que haja conexão entre o “visível” (o biológico) e o “invisível” (o psicológico); ou que possam separar entre o que é real e o que é construído. Fica difícil esperar que diferentes especialistas, adotando diferentes práticas fragmentadas, direcionadas ao biomédico, possam construir síndromes que necessitem da pesquisa de fatores psicoemocionais e/ou sociais que possam influenciar ou determinar a expressão da doença.<sup>199</sup>

Podemos dizer que a dissertação de Araújo nos mostra questionamentos sobre a racionalidade médica contemporânea em relação às doenças classificadas como síndromes, tal como a fibromialgia. Nesta pesquisa, não incluímos a perspectiva comparativa com outras doenças. Fazer essa comparação seria realizar outro trabalho. Porém, acreditamos que a observação daquela médica reumatologista pode lançar pistas para a questão dos debates médicos apresentados até aqui na *RBR*. Parece que estamos diante de modelos de estilo de pensamento ao analisar os periódicos da SBR: um modelo que enxerga a doença tal qual assinalado acima – modelo fragmentado centrado nos aspectos biomédicos –; um outro, que amplia os sintomas para além dos aspectos biológicos, pode estar em construção.

## 2.5 – A territorialização da fibromialgia

Os periódicos da *RBR* assinalam que a fibromialgia é uma doença que, apesar de vários aspectos subjetivos e controversos, teve sua classificação construída na reumatologia. Esse processo de territorialização<sup>200</sup> da doença enfrentou questionamentos, pois muitos médicos acreditavam se tratar de uma doença psicossomática em função dos sintomas e ausência de substrato anatomopatológico. Dentro dessa perspectiva, a fibromialgia estaria no campo de outra especialidade médica: a psiquiatria. A questão que surgiu no decorrer da pesquisa, na análise dos debates médicos no periódico, foi: por que a fibromialgia encontra-se territorializada na reumatologia e não na psiquiatria?

Inicialmente, os sintomas da doença fibromialgia poderiam ser classificados como doença psiquiátrica, tal como vimos com a neurastenia, já que, conforme Haum,<sup>201</sup> “durante muitas décadas a fibromialgia não foi aceita como uma entidade clínica distinta.

<sup>199</sup> *Ibidem*, p. 148, grifos da autora.

<sup>200</sup> DELEUZE, Gilles & GUATARRI, Felix. *Mil platôs*. Vol. 5, São Paulo: Editora 34, 2012.

<sup>201</sup> HAUM ET. AL., *op. cit.*, 1999.

Conceituavam-na ora como distúrbio psicológico, ora como síndrome dolorosa regional. Essas divergências revelam que a doença parecia diferente a cada observador”. Contudo, poderíamos pensar em três fatores que corroboraram para este processo de sua territorialização na reumatologia:

- o indivíduo poderia negar ser tratado como paciente psiquiátrico e reforçar que o sofrimento físico com a dor é o principal problema, ou seja, o paciente poderia negar a doença psicológica;
- o campo médico da psiquiatria poderia enfrentar outras questões, como cuidar do sofrimento psicológico, mas não cuidar das dores;
- apesar da classificação diferente para os mesmos sintomas em cada especialidade médica, a reumatologia possui tradição no cuidado de dores musculoesqueléticas bem como nas articulações.

Podemos levantar também algumas hipóteses para responder a essas questões. A primeira e, talvez, mais evidente, pode ser explicada pelo fato de a reumatologia reconhecer a doença e criar critérios de sua classificação e diagnóstico. A reumatologia é uma especialidade médica que estuda as doenças das articulações e dos tecidos que as cercam: ossos, músculo, tendões e ligamentos, justamente as partes físicas afetadas pela doença. Embora existam pesquisas no início do século XX, a reumatologia teve a primazia de nominar os sintomas da fibromialgia, e, na década de 1990, a doença “saiu do armário”, utilizando a metáfora Alárcon & Brandley e conforme eles assinalaram:

Em nossa visão, um grande avanço foi conseguido para o reconhecimento da fibromialgia como uma doença digna de investigação científica em 1990, quando os critérios para classificação dos pacientes de fibromialgia foram estabelecidos por um comitê do Colégio Americano de Reumatologia (ACR) e publicados em seu jornal oficial, *Arthritis and Rheumatism* ('Artrite e Reumatismo'). A partir daí, simpósios, oficinas, grupos de estudo, consórcios internacionais e publicações em revistas com revisão especializada passaram a ser iniciados ou aumentaram a ocorrência significativamente. Finalmente, o Instituto Nacional Americano de Artrite, Transtornos Musculoesqueléticos e da Pele (NIAMS) respondeu recentemente à pressão pública solicitando candidaturas para conduzir pesquisa básica sobre a patogênese da fibromialgia.<sup>202</sup>

Ao “sair do armário” e ter seus critérios de diagnóstico reconhecidos e estabelecidos pelo Colégio Americano de Reumatologia (ACR, na sigla em inglês), por Wolfe e sua equipe,

---

<sup>202</sup> ALÁRCÓN, G.S.; BRANDLEY, *Op. cit.*, p. 49, tradução livre.

pode-se inferir que esse “fato científico”<sup>203</sup> foi significativo para territorializar a fibromialgia no campo da reumatologia. O trecho acima assinala que, a partir daquele momento, a comunidade científica começou a movimentar pesquisas, publicações e simpósios, aumentando a divulgação da fibromialgia no campo médico estadunidense. Ocupando um papel dominante<sup>204</sup> no centro da hierarquia de instituições científicas está o Colégio Americano de Reumatologia, e vemos referência também ao Instituto Nacional Americano de Transtornos Musculoesqueléticos e da Pele (NIAMS, na sigla em inglês). Aqui no Brasil, a instituição de referência é a Sociedade Brasileira de Reumatologia (*RBR*), que, por sua vez, ocupa posição de destaque na produção de conhecimento sobre a fibromialgia, arbitrando sobre seu diagnóstico e seu tratamento.

A segunda hipótese sobre a territorialização da fibromialgia na reumatologia remete à possibilidade de os pacientes não aceitarem o tratamento psiquiátrico para o que sentem, visto que determinadas classificações médicas podem representar estigmas nos termos de Erving Goffman, alterando a identidade dos indivíduos e tornando-os desviantes. Apesar de nosso objeto de estudo ser uma fonte institucional, a reumatologista Rejane Araújo lança uma possível resposta:

(...) aspectos culturais também podem ser observados no **comportamento dos pacientes**, que quando procuram médico por causa da dor, só vão referir outros sintomas como angústia, depressão ou insônia, apenas se o médico lhes perguntar. O contrário também é verdadeiro, quando referir à dor física para um psiquiatra. Torna-se, portanto **difícil, que os especialistas possam estabelecer as conexões entre o psicoemocional, o social e o funcional e orgânico** [...] <sup>205</sup>

Portanto, voltamos para a questão do olhar fragmentado, ou seja, a autora assinala que cada especialidade acompanha e cuida dos sintomas que lhes dizem respeito. Porém, como nosso último argumento, acreditamos que o sintoma principal – a dor difusa – foi o que permitiu à reumatologia tomar para si o desafio de tentar curar e/ou tratar a doença. O tratamento dos sintomas e das dores do paciente com fibromialgia representou um fator importante para essa territorialização, que fica evidenciada com uma série de publicações sobre tratamento, no periódico.

Contudo, acreditamos que os tratamentos divulgados nos artigos podem sinalizar

---

<sup>203</sup> FLECK, *op. cit.*, 2010.

<sup>204</sup> BOURDIEU, *op. cit.*, 1983.

<sup>205</sup> ARAÚJO, R., 2002, *op. cit.*, p.148, grifos da autora.

novos elementos no estilo de pensamento biomédico – ainda que no discurso e não necessariamente na prática clínica –, como podemos perceber no discurso médico seguinte sobre o ponto de vista terapêutico:

Do ponto de vista terapêutico, raramente é útil caracterizar a fibromialgia como sendo um problema puramente psicológico ou puramente orgânico. Considerando todos os estudos apontando para uma disfunção do processamento sensorial, pode-se inferir que a dor desses pacientes é real e que os sintomas psicológicos podem ser secundários à dor.<sup>206</sup>

De acordo com o *Projeto Diretrizes: Fibromialgia*, podemos compreender que, se o sintoma da doença não está localizado como uma doença “puramente psicológica ou puramente orgânica”, então, como a fibromialgia é tratada? Como sinalizou Araújo, o tratamento obedece a um estilo de pensamento fragmentado e biomédico? Os médicos levam em conta os aspectos mentais e físicos no tratamento? Buscam tratar o “visível” e o “invisível”? No **Capítulo 3**, buscaremos entender esta questão: como a fibromialgia é tratada depois que “sai do armário”, ou seja, depois que os médicos estabelecem seu diagnóstico.

---

<sup>206</sup> PROVENZA JR. ET AL. *Op. cit.*, 2004, p. 3.

### Capítulo 3 – “O alarme que precisa ser regulado” – o tratamento da fibromialgia divulgado pela Sociedade Brasileira de Reumatologia entre 1990 e 2010

*As estratégias discursivas dos diferentes atores,  
e em especial os efeitos retóricos  
que têm em vista produzir uma fachada de objetividade,  
dependerão das relações de força simbólicas entre os campos (...)*

(P. Bourdieu)

Quando utilizamos a metáfora “a fibromialgia saiu do armário e entrou na reumatologia”, remetemo-nos ao enquadramento da doença no campo de uma especialidade médica que utilizou estratégias de divulgação como periódicos científicos, congressos, palestras e dados epidemiológicos para legitimar a construção da doença nesse campo. Denominamos esse processo de territorialização, valendo-nos da categoria deleuziana. A publicização científica e não científica permitiu e ainda permite que a doença se torne conhecida, bem como o número de pacientes diagnosticados como portadores da doença aumente, conforme notamos no discurso médico dos artigos da *RBR*.

Acreditamos que a reumatologia tomou para si a classificação e os cuidados com uma dor que não poderia ser explicada, localizada nas áreas musculoesqueléticas e sem substrato patológico. Tal cuidado pode ser observado na própria bibliografia utilizada pelos médicos e outros profissionais de saúde que escreveram no periódico da *RBR*, desde a doença denominada fibrosite à construção da doença fibromialgia. Uma parte dos artigos é dedicada exclusivamente à terapêutica, que está dividida em medicamentosa e não medicamentosa.

Na medicina, clínica e terapêutica são indissolúveis, explica Camargo Jr.. Porém, em sua opinião, a terapêutica tem um *status* menor em relação ao diagnóstico.<sup>207</sup> Neste último, o médico tem um papel de destaque, enquanto, no primeiro, é uma ação compartilhada, executada por outros profissionais e pelo próprio paciente. É um momento de incertezas e possibilidades de fracasso, no qual o método de ensaio-erro é aplicado. O autor chama atenção para a existência de uma divisão de trabalho: de um lado, os médicos com o diagnóstico, e, de outro, a indústria farmacêutica com a terapêutica. Podemos observar na *RBR* e no site da SBR que a divisão de trabalho em relação à doença fibromialgia é mais

---

<sup>207</sup> CAMARGO JR., K. *op. cit.*, 1992: p. 213.

complexa.

Nos periódicos da *RBR* a preocupação de estabelecer um “diagnóstico correto” é recorrente, e torna-se um desafio segundo os médicos reumatologistas em função dos inúmeros relatos subjetivos dos pacientes, tal como vimos no capítulo anterior. Em relação ao tratamento, podemos observar uma diversidade de propostas e equipes multidisciplinares para cuidar dos pacientes, em geral com a supervisão do médico reumatologista. Dito de outra forma, a tentativa de controle médico por parte dos reumatologistas sobre a terapêutica é explicitada nos artigos, apesar das inúmeras “técnicas corporais”<sup>208</sup> de tratamento fora dessa área médica. Técnica corporal é um conceito de Marcel Mauss que destaca que os modos e expressões corporais que consideramos naturais são na verdade culturais. Tal conceito lança luz nas técnicas e recursos não medicamentosos que são socialmente reconhecidos como as atividades físicas e que são incorporadas pelos médicos como tratamento.

A terapêutica recai sobre a dor e concomitantemente sobre os “estados emocionais” dos pacientes, englobando tratamentos para a depressão – apresentada como comorbidade, nos artigos. O papel do tratamento, muito mais do que promover uma cura, é proporcionar qualidade de vida aos pacientes. Veremos mais adiante o significado dessa categoria no discurso médico. Neste capítulo também observaremos que o tratamento do sofrimento físico e emocional parece estar presente no discurso dos médicos reumatologistas sobre a doença.

### **3.1 - O “alarme que precisa ser regulado”: o cuidado com a dor**

O debate sobre a realidade da dor é uma constante no periódico da *RBR*, tal como observamos no **Capítulo 2**. Vimos que a controvérsia sobre a existência ou não da doença reside na lógica da objetivação da racionalidade médica, que demanda um substrato anatomopatológico que explique e comprove a origem das dores. No *site* da Sociedade Brasileira de Reumatologia, de autoria da Comissão de Dor, Fibromialgia e Outras Síndromes Dolorosas de Partes Moles, de 2010, podemos ler um possível desfecho para a demanda médica de comprovação da dor:

O que não mais se discute é se a dor do paciente é real ou não. Hoje, com técnicas de pesquisa que permitem ver o cérebro em funcionamento em

---

<sup>208</sup> MAUSS, Marcel. Sociologia e antropologia. Vol.I, São Paulo, EPU, 1984.

tempo real, descobriu-se que pacientes com FM realmente estão sentindo a dor que referem. Mas é uma dor diferente, onde não há lesão na periferia do corpo, e mesmo assim a pessoa sente dor. Toda dor é um alarme de incêndio no corpo – ela indica onde devemos ir para apagar o incêndio. Na fibromialgia é diferente – não há fogo nenhum, esse alarme dispara sem necessidade e precisa ser novamente “regulado”.<sup>209</sup>

O trecho anterior assinala que, através das imagens de ressonância magnética, pode-se ver que a dor é uma realidade para os médicos. As imagens da dor estão em conformidade com as demandas da biomedicina, apesar de não apresentar lesão e a doença fibromialgia ser uma entidade patológica construída e reconhecida. De acordo com Camargo Jr., na perspectiva da racionalidade biomédica, a verdade da doença deve ser buscada cada vez mais na intimidade microestrutural dos tecidos.<sup>210</sup> Acreditamos que, ancorado nessa ideia, o discurso médico assinala que a dor do paciente é considerada “real”, pois técnicas de pesquisa mostraram que é uma dor verdadeira, e que, portanto, essa dor não é “psicológica”, nem o paciente está inventando ou sendo “fresco”.

A existência da doença parece estar intrinsecamente ligada à veracidade da dor muscular, pois senão a fibromialgia não existiria no campo da reumatologia. A dor é um aspecto central da doença, porém por que a dor é considerada “diferente”? Segundo o trecho do *site* da SBR, podemos montar o **Quadro 4**.

**Quadro 4 – Dor em geral**

<b>DOR = “ALARME DE INCÊNDIO” = LESÃO = dor normal</b>
<b>INDICA “ONDE DEVE SER APAGADO (o fogo)”</b>

**Quadro 5 – Dor na fibromialgia**

<b>“DOR DIFERENTE” = “NÃO HÁ FOGO” = NÃO HÁ LESÃO</b>
<b>“ALARME QUE DISPARA SEM NECESSIDADE” = “precisa novamente ser regulado” = DESREGULADO = DEFEITO = anormal</b>

Podemos apreender que, na fibromialgia, a dor dos pacientes é um “alarme que dispara sem necessidade” e é o que precisa ser “regulado”, pois está com *defeito*. A dor dos pacientes

<sup>209</sup> Trecho do site da Sociedade Brasileira de Reumatologia em <http://www.reumatologia.com.br/index.asp>

<sup>210</sup> *Ibidem*, p. 208



pode ser considerada, dessa forma, anormal, e a reumatologia, a especialidade médica que pretende cuidar desse “defeito”. O alarme que precisa ser regulado é o algo que provoca a dor nos pacientes e que a reumatologia pretende regular.

A dor descrita pelos pacientes diagnosticados com fibromialgia pode tornar as tarefas do cotidiano difíceis, a ponto de não conseguirem realizar cuidados pessoais, como pentear o cabelo, tarefas domésticas simples e trabalhar fora de casa. Vimos que sensações dolorosas colocam o indivíduo no eterno presente, como explicou Le Breton;<sup>211</sup> no entanto, a dor torna-se cada vez mais algo que deve ser extirpado. As representações sobre dor ao longo do tempo assinaladas no **Capítulo 1** mostram, a partir da invenção da anestesia e dos analgésicos, uma modificação: algo que era inerente à vida do indivíduo torna-se desnecessário. A cultura contemporânea valoriza a eliminação da dor e exalta a felicidade e o prazer como ideais de vida. A dor pode representar algo antagônico a tais ideais, e, do mesmo modo, a dor invisível da fibromialgia pode ser qualificada como “defeito”.

A terapêutica para o “defeito”, segundo os médicos reumatologistas, inclui tratamento medicamentoso e não medicamentoso. Os fármacos recomendados nos artigos objeto deste estudo, compreendidos no período de 1999 e 2010, correspondem a analgésicos e anti-inflamatórios, bem como remédios para depressão e convulsão. Notamos que o uso de anti-inflamatórios foi sugerido em alguns artigos, assinalando um paradoxo em relação a uma doença que não apresenta inflamação. No entanto, o uso desse tipo de medicamento é rechaçado na *Cartilha para pacientes* de 2010, como veremos no último tópico deste capítulo. Antes desse período, o *Projeto Diretrizes: Fibromialgia*, de 2004<sup>212</sup> – produzido conjuntamente pela Associação Médica Brasileira e pelo Conselho Federal de Medicina e de autoria da Sociedade Brasileira de Reumatologia<sup>213</sup> – nos parece um documento importante, junto com o *Consenso brasileiro de tratamento da fibromialgia* de 2010, pois oferecem um protocolo para o tratamento da doença.

No *Projeto Diretrizes: Fibromialgia*, podemos ver as recomendações para tratamento da fibromialgia (**Quadro 6**).

#### **Quadro 6 – Projeto Diretrizes: Fibromialgia (2004)**

---

<sup>211</sup>LE BRETON, D. *op. cit.*, 2006.

<sup>212</sup>PROVENZA Jr et al. *Op. cit.*, 2004 .

<sup>213</sup> Os nomes dos autores foram qualificado como “participantes”, que são: Provenza Jr, Pollak D. F, Martinez JE, Paiva E.S., Helfentein M., Heymann R., Matos J.M.C., Souza E.J.F.

Tratamento medicamentoso	Tratamento não medicamentoso
Antidepressivo tricíclico Bloqueadores seletivos de receptação de serotonina Benzodiazepínicos Analgésicos Hormônio do crescimento	Exercícios aeróbicos sem carga Hidroginástica Dança Natação Caminhada Acupuntura Suporte psicológico

A pesquisa nos artigos da *RBR* mostrou que o antidepressivo é utilizado para pessoas com depressão ou não. Segundo os reumatologistas, a hipótese mais aceita sobre a dor da fibromialgia é a de que há uma falta de regulação da dor por parte do cérebro relacionada aos neurotransmissores. Dessa forma, os antidepressivos atuam aumentando a quantidade de neurotransmissores que diminuem a dor.<sup>214</sup> Podemos pensar, utilizando a metáfora da SBR, que o medicamento atua na regulação do “alarme” que está com “defeito”.

Na época da publicação do *Projeto Diretrizes: Fibromialgia*, os dados fornecidos assinalavam que entre 25% e 50% dos pacientes apresentavam distúrbios psiquiátricos concomitantes, recomendando um suporte psicológico para o paciente e para família. Podemos supor que os fármacos antidepressivos, que, segundo o discurso do periódico, atuam na dor do paciente, também podem atuar no que Camargo Jr. assinala como “biologização do sofrer subjetivo”.

### 3.2 – O “status mental” dos pacientes

O discurso médico sobre a doença fibromialgia sugere que a dor também ocupa uma esfera não física, de outra ordem. No trecho do artigo abaixo, pode-se ler:

Segundo conceitos atuais, a dor deve constituir parte integral do cuidado ao paciente, não podendo ser deixada em segundo plano em prol do manejo da doença reumatológica subjacente. Quando mal tratada, a dor crônica afeta negativamente o status físico e mental dos pacientes, com comprometimento da qualidade de vida. [...] Na avaliação da dor, não existem exames laboratoriais ou testes objetivos, dependendo-se, em grande parte do relato do paciente (subjetivo).<sup>215</sup>

<sup>214</sup> Cartilha para pacientes da Sociedade Brasileira de Reumatologia.

<sup>215</sup> PAIVA, E. et al. Manejo da dor. *Rev. Bras. Reumatol.* v.46 n.4 São Paulo jul./ago. 2006. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0482-50042006000400010>, acessado em 27/01/2013.

Podemos entender que o “*status mental*” ao qual se refere o artigo corresponde aos aspectos subjetivos assinalados na doença. A discussão sobre a dor da fibromialgia nos artigos da *RBR* enfatiza o caráter subjetivo que acompanha as sensações dolorosas, ao mesmo tempo em que a qualifica como crônica. Mais uma vez, percebemos que os médicos que publicam no periódico estão afinados com as prerrogativas da Clínica da Dor,<sup>216</sup> que apresentamos no **Capítulo 1**, sobretudo em relação à demanda de uma comprovação objetiva da dor, como destacou Mattos em sua tese. Apesar dessa demanda, os médicos da *RBR* tratam a dor e acreditam que tal sofrimento é “real”.

É interessante observar que a definição que emergiu na década de 1980 com a Clínica da Dor é descrita como uma “experiência sensitiva desagradável emocional”. Nos artigos da *RBR*, notamos que a fibromialgia está de acordo com esse discurso da Clínica da Dor e também com o da Organização Mundial de Saúde (OMS), que são duas instituições importantes para os parâmetros de saúde. Podemos notar essa consonância quando os médicos dizem que a doença é de natureza clínica com alto grau de subjetividade<sup>217</sup> e que o acompanhamento da “qualidade de vida”, por sua vez, obedece a novo enfoque sobre as doenças crônicas e síndromes dolorosas de natureza reumática, a partir dos parâmetros de saúde da OMS.

Nas palavras de Martinez *et al.*, tal organização “passou a se preocupar com a repercussão das doenças nas diversas dimensões da qualidade de vida dos pacientes”.<sup>218</sup> Assim, a percepção sobre a doença parece ter este duplo caráter: afeta o estado físico e o estado mental de seus pacientes e por isso repercute na sua “qualidade de vida”. Podemos então supor que a nomeação da doença e o agrupamento dos seus sintomas emergiram nesse contexto no qual instituições importantes como a OMS e a Clínica da Dor também empregavam nas definições subjetivas o conceito de “qualidade de vida”.

Le Breton analisa que na “produção farmacológica de si” o corpo deve ser adequado para “regular” as tarefas do cotidiano.<sup>219</sup> Portanto, o uso de fármacos corresponde a esse processo de adequação. Podemos dizer que sentir dor não faz parte do conceito de “qualidade

---

<sup>216</sup> As prerrogativas da Clínica da Dor definem a dor como uma “experiência sensitiva e emocional desagradável associada ou relacionada a lesão real ou em potencial dos tecidos. Cada indivíduo aprende a usar esse termo através de experiências anteriores.”

<sup>217</sup> MARTINEZ et al., *op. cit.*, 1999.

<sup>218</sup> *Ibidem*, p. 313.

<sup>219</sup> LE BRETON, David. *Op. cit.*, 2006.

de vida” contemporâneo, portanto a fibromialgia torna-se um paradoxo numa sociedade medicalizada, e o corpo fibromiálgico, seu lócus simbólico. No senso comum, ter “qualidade de vida” pode significar um entendimento ligado ao bem-estar do indivíduo; no entanto, no discurso médico parece adquirir outro significado, de que falaremos mais a frente.

O destaque dos médicos e profissionais da saúde sobre as diversas dimensões de vida do paciente pode ser uma demanda em função da identificação biomédica de outros sintomas. De acordo com o conhecimento médico sobre a doença, o paciente pode sentir, além da dor, cefaleia, sono não reparador, fadiga, distúrbios intestinais e depressão. Os sintomas de depressão, de acordo com artigos da *RBR*, atingem uma taxa de 49% a 80%,<sup>220</sup> e muitos pacientes são tratados com antidepressivos, mesmo os pacientes que não são diagnosticados com depressão. Tais dados são interessantes para reflexão sobre essa patologia, se pensarmos que é uma taxa bastante significativa e que, ademais, médicos do campo da reumatologia prescrevem os antidepressivos.

De acordo com as análises desenvolvidas no **Capítulo 2**, vimos que o aspecto subjetivo da dor, no seu “*status mental*”, pode configurar um paradoxo, e, dessa forma, a doença torna-se um problema não mais para o conhecimento biomédico, mas para o paciente. Atualmente, o relato de dor depende exclusivamente do paciente, não existem formas objetivas de medi-la. O médico, portanto, deve-se apoiar em tais relatos para definir o diagnóstico, pois na fibromialgia seus pacientes não possuem luxações, tumores, feridas, lesões ou qualquer sinal externo físico de que sentem dor difusa. Da mesma forma, existe um consenso sobre conhecimento médico científico sobre a doença de que não há exames capazes de provar que se tem fibromialgia, pois não existe – até o presente momento – comprovação de um substrato anatômico-patológico causador da dor. Os artigos da *RBR* destacam e reforçam a necessidade de se cuidar da dor dos pacientes, chamando atenção aos transtornos que afligem seu cotidiano, seja através do tratamento medicamentoso ou não medicamentoso.

É, portanto, bastante relevante o fato de aspectos “mentais”, “psicológicos” e “emocionais” serem recorrentes nos artigos que se referem à fibromialgia. Conforme a reflexão de Le Breton, podemos pensar que a medicalização dos estados emocionais e mentais participa de forma complementar da “regulação de si” e busca uma melhor adequação

---

<sup>220</sup> As informações diferem dos dados do *Projeto Diretrizes* elaborado um ano antes do artigo de BERBER, Joana de Souza Santos; KUPEK, Emil; BERBER, Saulo Cáires. Prevalência de depressão e sua relação com a qualidade de vida em pacientes com síndrome da fibromialgia. *Rev. Bras. Reumatol.*, São Paulo, v. 45, n. 2, abr. 2005, p.48

possível à realidade social.<sup>221</sup> Em outras palavras, a medicalização dos estados mentais (“*status mental*”) busca ajustar o indivíduo à categoria médica “qualidade de vida”.

Em outro artigo podemos observar a importância dada ao “*status mental*” da doença, ao analisar a prevalência da depressão em pacientes com fibromialgia:

A SF pode variar desde sintomas leves até casos em que as dores, fadiga e depressão sejam tão intensas que impeçam o desempenho da atividade profissional e social. A incapacidade funcional dos doentes de SF reflete-se adversamente no desempenho ocupacional, dificultando a realização de uma série de tarefas motoras e cognitivas. Os sintomas da SF causam grande impacto no cotidiano e promovem a ruptura da rotina, cuja consequência tende a se manter ao longo do tempo, em razão da cronicidade da doença. Os impactos sociais desestabilizam as relações familiares, restringem o contato social e interferem nos hábitos e rotinas dos doentes, obrigando-os a esforços contínuos de adaptação à nova realidade. Pacientes com SF apresentam pior qualidade de vida do que pacientes com outras doenças crônicas, como artrite reumatoide, câncer, doença pulmonar obstrutiva crônica e lúpus eritematoso sistêmico.<sup>222</sup>

E também:

Por ser uma doença de origem não determinada e de cura incerta, a SF provoca sentimentos de vulnerabilidade e desamparo. A prevalência de anormalidades psicológicas, particularmente a depressão, é elevada entre esses pacientes, variando de 49% a 80%. A depressão pode iniciar ou perpetuar os sintomas da SF, provocar limitações funcionais importantes e, conseqüentemente, influenciar a qualidade de vida dos pacientes.<sup>223</sup>

Os profissionais<sup>224</sup> que escrevem na *RBR* observaram as altas taxas de “anormalidades psicológicas” na fibromialgia, cerca de 50% a 80%, na qual a depressão está inclusa. É interessante notar que a depressão, para os autores, pode originar a fibromialgia ou perpetuar os sintomas, corroborando, portanto, a hipótese psicossomática da doença. Em conformidade com o discurso de altas taxas de anormalidades psicológicas, o *Projeto Diretrizes: Fibromialgia*, de 2004, assinala o cuidado com a subjetividade do paciente quando indica “suporte psicológico” como tratamento não medicamentoso. A partir do trecho supracitado, organizamos o **Quadro 7**.

#### **Quadro 7 – Sintomas “leves” e “intensos” dos pacientes com fibromialgia**

<sup>221</sup> Le Breton, 2003, p.60

<sup>222</sup> BERBER, Joana de Souza Santos; KUPEK, Emil; BERBER, Saulo Caíres. Prevalência de depressão e sua relação com a qualidade de vida em pacientes com síndrome da fibromialgia. *Rev. Bras. Reumatol.*, São Paulo, v. 45, n. 2, abr. 2005 .

<sup>223</sup> *Ibidem*.

<sup>224</sup> São psicoterapeuta, neurologista e psicólogo. Vale observar que é um dos poucos artigos sobre a fibromialgia que não tem participação de um médico reumatologista.

Sintomas “leves”	Sintomas “intensos”
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não impedem o desempenho da atividade profissional e social</li> <li>• Não incapacitam o desempenho ocupacional</li> <li>• Não dificultam a realização de tarefas motoras e cognitivas</li> <li>• Não causam impacto no cotidiano e não promovem a ruptura da rotina</li> <li>• Não produzem impactos sociais, nem desestabilizam as relações familiares e sociais</li> <li>• Não interferem nos hábitos e rotinas dos doentes</li> <li>• Não obrigam a esforços contínuos de adaptação à nova realidade</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Impedem o desempenho da atividade profissional e social</li> <li>• Provocam incapacidade funcional dos doentes; refletem-se adversamente no desempenho ocupacional</li> <li>• Dificultam a realização de tarefas motoras e cognitivas</li> <li>• Causam impacto no cotidiano e promovem uma ruptura da rotina que tende a se manter ao longo do tempo</li> <li>• Os impactos sociais desestabilizam as relações familiares, restringem o contato social e interferem nos hábitos e rotinas dos doentes</li> <li>• Obrigam a esforços contínuos de adaptação à nova realidade</li> <li>• Resultam em pior qualidade de vida em relação a outras doenças crônicas</li> </ul>

Com base nas colunas comparativas do **Quadro 7**, podemos perceber que o “enquadramento da doença” elaborado no periódico da *RBR* envolve a esfera social (e laboral) do paciente e não se restringe aos sintomas físicos. O *site* e os artigos ressaltam a piora da dor e da “qualidade de vida” quando o doente apresenta “anormalidades psicológicas”. Na perspectiva de Canguilhem, “um ser vivo é normal num determinado meio na medida em que ele é a solução morfológica e funcional encontrada pela vida para responder às exigências do meio”.<sup>225</sup> Os indivíduos que são diagnosticados com fibromialgia podem ser aqueles que de alguma forma não correspondem às exigências do meio, possuem uma “incapacidade funcional” e são obrigados a uma “adaptação da nova realidade”.

Apesar de observarmos o enquadramento da fibromialgia na reumatologia, área médica que lida com sintomas físicos, é interessante pensar que a patologia parece habitar a fronteira das classificações de doença biomédica e da doença mental. No sentido de que, para ser classificada como uma patologia biomédica, precisa cumprir as exigências da objetividade

<sup>225</sup> CANGUILHEM, *op. cit.*, 1966, p.113.

que assinala Camargo Jr., ou seja, precisa estar no corpo de uma maneira observável, física, objetiva, e permita a construção de generalidades;<sup>226</sup> enquanto que, para ser uma “doença mental”, “psicológica”, as manifestações são, antes de tudo, subjetivas, não observáveis, não físicas. Contudo, o tratamento da doença divulgado na *RBR* sugere uma intervenção nessas duas esferas, abarcando a subjetividade – indicando tratamentos como psicoterapia – e cuidando das dores difusas sob a intervenção biomédica.

Acreditamos que o protocolo de tratamento elaborado em 2004 nos permite pensar que o estilo de pensamento biomédico para tratar a fibromialgia, uma doença que apresenta complexidade, incluiu tanto o sofrimento físico quanto o sofrimento subjetivo, identificado pelos autores dos artigos como “anormalidades psicológicas”. Dessa forma, o tratamento da fibromialgia parece apresentar um modelo médico diferente daquele descrito por Luz e Camargo Jr..

### 3.3 – “Incapacidade funcional” e vida laboral

O aspecto da “incapacidade funcional” dos pacientes, verificada em alguns diagnósticos, é um assunto significativo na *RBR*, sobre o que não poderíamos deixar de refletir, pois se relaciona tanto ao diagnóstico quanto ao tratamento da doença. Segundo os periódicos e o *site* da Sociedade Brasileira de Reumatologia, a fibromialgia pode causar nos pacientes rupturas da rotina, limitações físicas e a incapacidade para a vida laboral – esta última, um assunto qualificado pela própria *RBR* como “polêmico”.<sup>227</sup> No editorial de janeiro de 2006, podemos ler:

As dificuldades diagnósticas aumentam quando se trata de colegas de áreas básicas ou de especialidades que não têm tradição em pesquisa da fibromialgia. No início da história da fibromialgia observava-se escassez de diagnósticos. Atualmente, temos o contrário, uma abundância de diagnósticos, com muitos falsos positivos. O impacto dessa dificuldade extrapola o cuidado do paciente e passa a afetar o relacionamento de médicos e pacientes com a sociedade. Um exemplo é a questão trabalhista que envolve essa síndrome.

[...] Na questão da relação da fibromialgia com o trabalho, parece claro e já bem estabelecido que essa síndrome não seja ocupacional, embora possa ser

---

<sup>226</sup> CAMARGO JR. (Ir)racionalidades médicas. *op. cit.*, p.223

<sup>227</sup> Ver editorial citado no capítulo 2, LAURINDO, I. Controvérsia e mais controvérsias. *Rev. Bras. Reumatol.* São Paulo: vol. 42, n.1, jan-fev, pág. V (editorial), 2002.

desencadeada pelo trabalho, principalmente nos casos em que um ambiente inadequado se associa à insatisfação pessoal com a atividade.<sup>228</sup>

Reproduzimos e discutimos o trecho acima no **Capítulo 2**, no qual tentamos demonstrar a complexidade que a fibromialgia suscita nos debates médicos da *RBR*. O conceito de doença “funcional” e “ocupacional” remete às classificações não apenas do campo reumatológico, como inclusive do campo da medicina do trabalho – que não iremos abordar aqui, visto que nosso objetivo é mostrar como a reumatologia se acercou dos cuidados da fibromialgia. No entanto, consideramos importantes tais classificações, porque recaem sobre o tratamento, de duas formas.

A primeira classificação relaciona-se ao reconhecimento da doença como patologia, o que pode estar estreitamente relacionado às demandas contemporâneas da esfera do trabalho – tal qual assinalou Mattos.<sup>229</sup> Ao se operar este tipo de reconhecimento, o indivíduo pode tentar pleitear direitos e encontrar legitimidade jurídica para obter licença para tratamento, por exemplo. Isso corroboraria o reconhecimento social da fibromialgia, auxiliando os pacientes que não carregam signos físicos aparentes de uma patologia que causa muita dor e limitações no cotidiano, o que pode representar um novo *status*. É importante para os pacientes que ela seja uma doença reconhecida também na esfera da medicina do trabalho, pois isso pode legitimar formas de tratamento e cuidados para a doença.

A segunda classificação associa-se à questão da identidade dos pacientes com fibromialgia. Tal como assinalou Herzlich, o corpo é importante para experiência e percepção da identidade.<sup>230</sup> A invisibilidade da doença e a descrença na dor fazem com que muitos pacientes sejam taxados de “frescos”, “preguiçosos” ou julgados como pessoas que não gostam de trabalhar, como já comentamos anteriormente. Ao obter um diagnóstico e, posteriormente, um tratamento, o comportamento doloroso dos pacientes fica legitimado, permitindo que ele seja socialmente aceito. Conforme assinalou Rosenberg, os conceitos relativos a uma doença implicam, determinam e legitimam comportamentos individuais e políticas públicas.<sup>231</sup> Dessa forma, a identidade dos pacientes pode sofrer novas

---

<sup>228</sup> MARTINEZ, J. Fibromialgia: o desafio do diagnóstico correto. *Rev. Bras. Reumatol.*, São Paulo, v. 46, n. 1, fev. 2006.

<sup>229</sup> MATTOS, *op. cit.*, 2011.

<sup>230</sup> HERZLICH, Claudine. “A problemática da representação social e sua utilidade no campo da doença”. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, vol.15, 2005

<sup>231</sup> ROSEMBERG, Charles e GOLDEN, E.. *Framing Disease. Studies in Cultural History*. New Jersey, Rutgers University Press, 1977.



transformações e não ser estigmatizada. Em conformidade com essa reflexão, a pesquisa de campo de Mattos no projeto de extensão *Tratamento Multidisciplinar de Pacientes Portadores de Fibromialgia* observou que os pacientes construíram novas identidades a partir da vivência no grupo e de práticas corporais.<sup>232</sup>

### 3.4 – As técnicas corporais e o tratamento da fibromialgia

Além dos debates acerca do diagnóstico da doença, outro tema frequente do periódico e que aparece igualmente no site da SBR refere-se aos diversos tipos de tratamento não medicamentoso para a “modelação da dor” da fibromialgia. Mauss entende que atividades como andar, dançar, nadar, plantar e parir constituem maneiras próprias de expressar e agir através do corpo, que são adquiridas e podem ser classificadas como técnicas corporais.<sup>233</sup> Apesar de as atividades físicas referidas não serem tomadas como algo natural e sim construídas para alguma finalidade, utilizamos técnicas corporais para nos referirmos às práticas terapêuticas indicadas e divulgadas na *RBR* pelos reumatologistas e profissionais de saúde e que culturalmente têm investido na valorização do corpo<sup>234</sup>, tais como ioga, eutonia<sup>235</sup> e exercícios físicos de força, aeróbica, alongamento e hidroterapia, por exemplo.

As pesquisas de técnicas corporais objetivam melhorar a dor dos pacientes e promover a “qualidade de vida”. Na glorificação do corpo hodierna,<sup>236</sup> a reflexão de Le Breton pode nos ajudar a pensar a dor crônica: como sintoma preponderante da doença, ela representa uma afirmação para o sujeito do não domínio de si, pois a dor foge ao seu controle, e, para isso, técnicas corporais são necessárias, no sentido de autogerir seu próprio corpo e retomar o seu controle. Podemos pensar que este corpo com “domínio de si” é inerente à categoria

---

<sup>232</sup> MATTOS, 2010.

<sup>233</sup> MAUSS, Marcel. Sociologia e antropologia. Vol.I, São Paulo, EPU, 1984.

<sup>234</sup> GOLDEMBERG, Mirian e RAMOS, Marcelo. A civilização das formas: o corpo como valor. In: GOLDEMBERG, Mirian (org.). Nu e Vestido: dez antropólogos revelam a cultura do corpo carioca. Rio de Janeiro: Record, 2002.

<sup>235</sup> A Eutonia é uma prática corporal criada e desenvolvida por Gerda Alexander (1908 Wuppertal / Alemanha - 1994 Copenhagem / Dinamarca). A palavra eutonia significa tensão em equilíbrio; tônus harmonioso (do grego eu): bom, harmonioso e do latim tônus: tensão.

<sup>236</sup> GOLDEMBERG, Mirian e RAMOS, Marcelo. A civilização das formas: o corpo como valor. In: GOLDEMBERG, Mirian(org.). Nu e Vestido: dez antropólogos revelam a cultura do corpo carioca. Rio de Janeiro: Record, 2002.

“qualidade de vida” propagada nos discursos biomédicos.

No trecho abaixo podemos ler sobre o perfil dos pacientes fibromiálgicos:

Pacientes com FM costumam apresentar baixos níveis de condicionamento físico, com predisposição ao sedentarismo. Iniciar um programa de condicionamento nestas condições pode ser sofrível e muitos desistem, alegando aumento das dores e da fadiga. Diante desta perspectiva, a ioga pode ser uma opção de atividade física suave e, portanto, mais aceitável [...] A dor crônica difusa é a característica mais marcante da FM. É notória a importância de abordagens que auxiliem na analgesia e na administração da dor para estes pacientes, e a ioga pode contribuir neste sentido. A prática avançada de ioga pode levar à inibição da atividade cerebral em áreas relacionadas à dor, tais como as áreas corticais somatosensoriais, havendo relatos de praticantes que alegam não sentir dor durante a meditação.<sup>237</sup>

Os artigos da *RBR*, tal como esse supra-reproduzido, indicam que é comum os pacientes terem “baixos níveis de condicionamento físico” e/ou “predisposição ao sedentarismo”, no entanto, a prescrição tanto da ioga quanto de exercícios aeróbicos – duas práticas distintas – mostram tentativas de “modelação da dor”. Para obter esse controle, parece que o sujeito com fibromialgia vive um paradoxo: não consegue fazer exercícios físicos, pois a dor é um fator inibidor para a prática, e, ao mesmo tempo, a prática de atividade física é reforçada como importante para o controle da dor.

Goldenberg observa que o corpo tornou-se objeto de consumo desejado, mas a constituição física que é consumida no mercado da construção do corpo ideal possui imperativos: deve ser um corpo magro, com a musculatura hipertrofiada, e deve também ter uma aparência jovem.<sup>238</sup> O estudo desenvolvido por antropólogos a partir da capital do Rio de Janeiro apresenta uma leitura que pode ser ampliada para a nossa reflexão. As demandas do culto ao corpo podem excluir os pacientes com fibromialgia, sobretudo se os exercícios exigidos para definir a musculatura não constituem hábito dos indivíduos.

No entanto, acreditamos que o “cuidado de si”, na forma de investimento do corpo e como prerrogativa hodierna, tal qual Le Breton assinalou, constitui no discurso médico da *RBR* outro tipo de investimento. O tratamento pode assumir um caráter mais terapêutico e menos atento às demandas da cultura do corpo. Para nós, o que é significativo é termos claro que a doença fibromialgia é construída dentro de um contexto histórico de valorização do

<sup>237</sup> Silva & Lage. Rev. Bras. Reumatol.n.46, n.1, jan.fev.2006

<sup>238</sup> GOLDEMBERG, Mirian e RAMOS, Marcelo. A civilização das formas: o corpo como valor. In: GOLDEMBERG, Mirian(org.). Nu e Vestido: dez antropólogos revelam a cultura do corpo carioca. Rio de Janeiro: Record, 2002.

corpo e do “cuidado de si”. Podemos entender que a terapêutica da doença não corresponde apenas ao tratamento medicamentoso, pois também reflete esse contexto ou estilo de pensamento atual. Para os profissionais que escrevem no periódico, busca-se atender as demandas e queixas dos pacientes, e talvez por isso possamos observar técnicas corporais de terapêutica diversas.

A ioga, por exemplo, é assinalada como uma opção aos exercícios físicos aeróbicos e de maior impacto. Os autores afirmam que o uso de *asanas* (posturas) para “dominar o corpo” e o “controle respiratório (*pranayama*)” pode promover a “autoconsciência, desenvolvida com a prática de ioga” e da mesma maneira “pode ser de grande valia no tratamento da dor”.<sup>239</sup> Trata-se, portanto, da inclusão de técnicas corporais que potencializam o indivíduo no seu próprio tratamento, incluindo uma percepção não física.

Além das atividades físicas serem assinaladas na *RBR* como uma terapêutica eficaz para o controle das dores da fibromialgia, observa-se mais claramente que o campo da reumatologia mobiliza o conhecimento de outras áreas, como, por exemplo, da fisioterapia e educação física. A maior parte dos artigos que versam sobre terapêutica é assinada por equipe multidisciplinar. Como exceção, vemos no artigo sobre os “Benefícios do exercício físico na fibromialgia” o seguinte comentário:

Sugerimos que a prescrição do exercício seja por escrito, pelo médico, como é feito com os medicamentos, pois isto aumenta a adesão e facilita a interface com os fisioterapeutas e educadores físicos. A relação médico-paciente pode e deve ser usada para aumentar a adesão também nas intervenções não farmacológicas.<sup>240</sup>

A ideia de “aumentar a adesão” e “facilitar a interface” com outros profissionais, através da “prescrição médica” – pode significar, outrossim, uma forma de controle social historicamente exercido pela medicina –, no caso do artigo, pode-se evidenciar o controle médico exercido pelos reumatologistas em relação à terapêutica da doença, mesmo que compartilhada com outros profissionais. A “prescrição médica” pode ser entendida nos termos do poder simbólico que descreveu Pierre Bourdieu.<sup>241</sup> Para o sociólogo, o conhecimento sobre as posições ocupadas (médico, fisioterapeuta e educador físico) traz informações sobre a condição e a posição dos agentes, no caso, a posição dominante do médico em relação à

---

<sup>239</sup> SILVA, Gerson D'Addio da; LAGE, Lais V. Ioga e fibromialgia. *Rev. Bras. Reumatol.*, São Paulo, v. 46, n. 1, fev. 2006.

<sup>240</sup> VALIN, V., n. 46, n. 1, jan. fev. 2006

<sup>241</sup> BOURDIEU, *op. cit.*, 2004.

posição dos outros profissionais. Podemos entender que o reumatologista, ao prescrever exercícios físicos – ou qualquer outra atividade física –, representa uma maneira de revalidar o tratamento físico para seus pacientes. Podemos entender que o profissional utiliza o seu poder simbólico como figura de autoridade para a prescrição do tratamento ser eficaz ao ponto de o paciente aderir completamente, e sua “interface” com outros profissionais ser estabelecida.

Sabemos que o debate sobre o poder médico não é algo novo na História da Saúde e da Medicina. No entanto, queremos evidenciar as estratégias que são aplicadas para o tratamento da fibromialgia, sobretudo em um contexto de ampliação do acesso à informação das doenças de uma forma geral que produz, por outro lado, pacientes informados.<sup>242</sup>

Segundo Foucault, é a partir do século XIX que se configura um conjunto extremamente complexo de instituições, saberes e uma série de agentes da política do corpo.<sup>243</sup> Entre esses agentes estão médicos, psicólogos e, mais recentemente, psicanalistas, que desempenham esforços de normalização e disciplinarização. Para Foucault, trata-se de investigar os desejos mais secretos e profundos, tal qual faziam anteriormente os confessores na Igreja. O poder produz saber e instrumentos de controle. Essa preocupação pode estar relacionada à orientação específica da anamnese na *RBR*<sup>244</sup> investigando o passado do indivíduo com o objetivo de promover o “cuidado de si” e “aumentar a adesão” aos exercícios físicos para a modelação da dor na fibromialgia.

De acordo com o discurso médico da *RBR*, a questão da adesão ou não da terapêutica física pode também ser interpretada subjetivamente como “um desejo inconsciente de ficar doente”, conforme podemos ler:

Embora por décadas seja conhecido que o exercício é um componente-chave no tratamento da FM, a maioria dos pacientes permanece sedentária. A não adesão a um programa de exercício é percebida pelos profissionais de saúde como um desejo inconsciente de permanecer doente. Por esta razão, alguns médicos condicionam o tratamento com a adesão à atividade física.<sup>245</sup>

A partir do periódico, podemos entender que a anuência ou não dos pacientes em relação aos exercícios físicos pode representar uma transgressão do “cuidado de si” e da ideia de gerir o próprio corpo como patrimônio, tal qual assinala Le Breton. Podemos pensar que, o

---

<sup>242</sup> PEREIRA NETO, André et al. Internet na promoção de saúde: um instrumento para o desenvolvimento de habilidades pessoais e sociais. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro: 22 (1),347-363, 2012.

<sup>243</sup> FOUCAULT, *op. cit.*, 1979.

<sup>244</sup> VALIN, *op. cit.*, 2006, p.51.

<sup>245</sup> VALIN, V. *Rev. Bras. Reumatol.* v.46 n.1 São Paulo jan./fev. 2006

“desejo inconsciente de permanecer doente” é uma interpretação que espera que o paciente obedeça à lógica do “cuidado de si” e da “qualidade de vida”. Ou seja, terapêutica pode ser uma ação de afirmação dos imperativos da lógica da vida produtiva contemporânea bem como de sua adequação a ela. Da mesma forma, atribui-se ao sujeito a condição de estar doente como uma escolha, mesmo que desejada de forma “inconsciente”. (Ver **Quadro 8**.)

**Quadro 8** – *Comportamentos esperado e não esperado do paciente*

<b>Comportamento “normal”</b>	<b>Comportamento “anormal”</b>
Praticar atividade física	Não praticar atividade física
Aderir ao tratamento	Não adesão ao tratamento
“Qualidade de vida”	“Desejo inconsciente de ficar doente”

O quadro anterior pode ser interpretado à luz das reflexões de Canguilhem, que assinalam que ser sadio ou doente não corresponde apenas a um estado patológico, mas à capacidade do indivíduo de ser normativo. Nas palavras do autor:

Se reconhecemos que a doença não deixa de ser uma espécie de norma biológica, conseqüentemente estado patológico não pode ser chamado de anormal no sentido absoluto, mas anormal apenas na relação com uma situação determinada. [...] ser sadio significa não apenas ser normal numa situação determinada, mas ser também normativo nessa situação ou em outras situações novas. O que caracteriza a saúde é a possibilidade de ultrapassar a norma que define o normal momentâneo, a possibilidade de tolerar infrações à norma habitual e de instituir normas novas em situações novas.<sup>246</sup>

Os indivíduos com fibromialgia ocupam uma situação normativa se aderirem ao tratamento e buscarem “qualidade de vida”. Este último depende quase exclusivamente do indivíduo, tornando um desvio ao optar por “não aderir ao tratamento”.

Luc Boltanski assinala que a valorização da atividade física e da força física, que é correlativa a um uso instrumental do corpo, faz com que a doença seja sentida primeiro como um entrave à atividade física e ocasione essencialmente um sentimento de “fraqueza”.<sup>247</sup> Nesse ponto, a doença é entendida como algo que tira a força do doente e que o impede de viver adequadamente para realizar tarefas do trabalho e cotidianas. No discurso médico da *RBR* não se fala de uma cura para a fibromialgia, mas em modelação da dor, sobretudo com a

<sup>246</sup> CANGUILHEM, *op. cit.*, p. 158.

<sup>247</sup> BOLTANSKI, LUC. *As classes sociais e o corpo*. Rio de Janeiro: Graal, 1989. p.146

prática de atividade física. Ou seja, o conceito de “qualidade de vida” não implica o conceito de cura da doença, mas o de uma administração da dor e das comorbidades. Entendemos que tal categoria qualidade de vida não se refere ao bem-estar do indivíduo, e sim à maneira como ele se insere na vida produtiva.

A adesão ao tratamento não medicamentoso também sofre influências de outras informações, como podemos ler no trecho do periódico da *RBR* abaixo:

Em um estudo transversal, interação com outros pacientes com FM também é importante, pois o principal fator relacionado ao nível de atividade física foi ser membro de uma associação de pacientes. (...). Os indivíduos que abandonaram o tratamento foram aqueles que inicialmente tinham piores escores de dor, eram mais estáveis emocionalmente e com maior vitalidade. Então, indivíduos com mais dor podem ter menos tolerância ao esforço, e aqueles que se sentem emocionalmente piores podem sentir-se mais apoiados e cuidados em um grupo. Neste mesmo estudo, a adesão foi similar no grupo de alongamento e de treino aeróbico.<sup>248</sup>

O artigo da SBR também destaca a interação com outros indivíduos diagnosticados com fibromialgia, na forma de associação de pacientes, como algo importante para adesão aos exercícios. Da mesma forma, o maior nível de atividade física está relacionado ao fato de o doente ser membro de uma associação de pacientes. Essas informações podem ser concernentes à emergência do poder dos pacientes assinalado por Claudine Herzlich.<sup>249</sup> A historiadora explica que na epidemia de aids o “ponto de vista do paciente” foi utilizado para criar novos direitos civis. Para a autora, as associações de pacientes representam mais uma dimensão da amplificação das vozes dos doentes. Como fenômeno contemporâneo, é relevante para pensar os conflitos entre as demandas das pessoas que necessitam de diagnóstico e tratamento para seus sintomas e sua confirmação pelos profissionais da saúde.

Gostaríamos de assinalar que o reconhecimento dos sintomas dolorosos da fibromialgia e seu tratamento foram possíveis dentro desse processo histórico. Em outras palavras, pode-se cogitar que a crença do médico no sintoma da dor que não pode ser vista reside também nesse “emponderamento” dos pacientes construído no pós-década de 1980.

Da mesma forma, a síndrome pós-poliomelite foi uma doença também reconhecida dentro desse contexto. Médicos e pacientes fundaram uma associação aqui no Brasil – a ABRASPP – com o objetivo de reivindicar políticas públicas que atendam a esses

---

<sup>248</sup> VALIN, V. Rev. Bras. Reumatol., v.46 n.1, São Paulo, jan./fev. 2006, p.52)

<sup>249</sup> HERZLICH, Claudine. *Op. cit.*, 2005.

pacientes.<sup>250</sup> Tal qual acontece com os pacientes com fibromialgia, quem sofre da síndrome pós-pólio relata descrença alheia nos seus sintomas de dor e fadiga, bem como recebe rótulo de pessoa “fresca” que não gosta de trabalhar. Nosso objetivo aqui não é aprofundar essa comparação e sim atentar para o fato de que no discurso médico da *RBR* a construção do conhecimento sobre uma entidade nosológica, bem como de seu tratamento, é produto da relação entre o saber esotérico, dos especialistas biomédicos, e exotérico, referente ao da comunidade que está envolvida com a doença, tal qual ensinou Fleck.

### **3.5 – O Consenso brasileiro de tratamento da fibromialgia de 2009 e a Cartilha para pacientes com fibromialgia: “Conhecimento também é tratamento”<sup>251</sup>**

Em 2010, a *Revista Brasileira de Reumatologia* publicou outro documento importante para criação de uma norma terapêutica para a doença, denominado *Consenso brasileiro do tratamento da fibromialgia*.<sup>252</sup> Tal documento foi elaborado em 2009, e, diferentemente do *Projeto Diretrizes: Fibromialgia*, de 2004, que reforçava um protocolo sobre diagnóstico e tratamento conjuntamente, aquele destaca a terapêutica aprovada por uma equipe de especialistas das áreas da reumatologia, neurologia, ortopedia e traumatologia, bem como medicina física e de reabilitação.<sup>253</sup> Logo depois, a SBR elabora a *Cartilha para Pacientes*, com o objetivo de divulgar informações da doença para um público não médico.

Para realizar esse consenso, vários laboratórios pagaram honorários aos seus participantes, fato esse declarado no início do artigo. Os autores que assinam a publicação explicitaram que a mediação dos recursos financeiros foi feita por uma empresa que, além de captar recursos, estruturou as reuniões e realizou a condução técnica do consenso. Esses

<sup>250</sup> LIMA, Solange. ABRASPP – Uma re(ação) brasileira. In: NASCIMENTO, Dilene (org). *A história da Póliomelite*. Rio de Janeiro: Garamond, 2010.

<sup>251</sup> Lema da cartilha sobre a fibromialgia no site da SBR.

<sup>252</sup> HEYMANN, Roberto Ezequiel et al. Consenso brasileiro do tratamento da fibromialgia. *Rev. Bras. Reumatol.*, São Paulo, v. 50, n. 1, fev. 2010.

<sup>253</sup> Autores responsáveis pelo documento: Roberto Ezequiel Heymann, Eduardo dos Santos Paiva, Milton Helfenstein Jr.; Daniel Feldman Pollak, José Eduardo Martinez, Ana Patrícia Paula, Antonio Carlos Althorff, Eduardo José do R. e Souza, Fernando Neubarth, Lais Verderame Lage, Marcelo Cruz Rezende, Marcos Renato de Assis, Maria Lucia Lemos Lopes, Fabio Jennings, Rejane Leal C. da Costa Araújo, Valéria Valin Cristo, Evelin Diana Goldenberg Costa, Helena Hideko S. Kaziyama, Lin Tchia Yeng, Marta Imamura, Tais Rodrigues Pato Saron, Oswaldo J. M. Nascimento, Luis Koiti Kimura, Vilnei Mattioli Leite, Juliano Oliveira, Gabriela Tannus Branco de Araújo, Marcelo Cunio Machado Fonseca.

procedimentos também se diferenciam do *Projeto Diretrizes: Fibromialgia*, apesar de estarem registradas propagandas de laboratórios nas páginas virtuais e impressas – trazendo-nos a questão: será que também houve o mesmo procedimento de financiamento em 2004, mas sem a transparência de informações? Sobre a participação dos laboratórios, foi assinalado que houve sigilo entre empresas e profissionais com o objetivo de garantir independência editorial, isenção, reconhecendo que existe conflito de interesses.

As justificativas para a elaboração desse protocolo de 2010 residem no grande número de pacientes diagnosticados, posicionando a fibromialgia no segundo lugar das doenças reumatológicas; outro elemento são os altos custos econômicos. A partir dos dados informados sobre os pacientes com fibromialgia – os quais utilizam mais terapias analgésicas e procuram mais serviços médicos e reumatológicos com mais frequência que outros pacientes –, seus autores chamam a atenção para o custo elevado que poderia ser economizado.<sup>254</sup> No *Consenso de tratamento* podemos ler:

A fibromialgia é uma síndrome primariamente pesquisada e tratada por reumatologista principalmente por envolver um quadro crônico de dor musculoesquelética, mas frequentemente estes pacientes requerem um acompanhamento multidisciplinar com o objetivo de alcançar uma abordagem ampla e mais completa de seus sintomas e comorbidades.

Em 2004, a Sociedade Brasileira de Reumatologia publicou as primeiras diretrizes da fibromialgia, com o objetivo de direcionar o diagnóstico e o tratamento desta síndrome.

O objetivo da gestão da SBR 2006-2008 neste trabalho não foi somente o de atualizar as diretrizes do tratamento da fibromialgia, mas foi o de inovar, ao reunir especialistas de outras áreas médicas com conhecimento desta síndrome, para elaborarem um consenso sobre seu tratamento.<sup>255</sup>

É interessante verificarmos no discurso médico da revista o uso do verbo *innovar* para se referir à participação de outros especialistas com o “conhecimento da síndrome” fora da reumatologia na elaboração do documento. Ao longo da nossa pesquisa, observamos que a *RBR* publicou inúmeros artigos sobre a fibromialgia com especialistas de outras áreas, e a maioria tem a assinatura de um reumatologista, junto com outros profissionais, sugerindo que esse campo estava aberto a outros que pudessem somar ao conhecimento sobre a doença, porém a legitimidade parece estar garantida pela assinatura do especialista dominante do campo.<sup>256</sup>

Contudo, acreditamos que o documento assinala outra inovação no estilo de

<sup>254</sup> Nos EUA tal custo chega a 9537 milhões de dólares, segundo o artigo.

<sup>255</sup> HEYMANN, Roberto Ezequiel et al. *Consenso brasileiro do tratamento da fibromialgia. Op. cit.*, 2010. p. 59

<sup>256</sup> Utilizo o conceito de campo e capital de P. Bourdieu.



pensamento quando o documento explicita que os pacientes “requerem um acompanhamento multidisciplinar com o objetivo de alcançar uma abordagem mais ampla e completa” e “ao reunir especialistas de outras áreas médicas com conhecimento desta síndrome, para elaborarem um consenso sobre seu tratamento.” Talvez em função da subjetividade e da complexidade que a doença apresenta o consenso médico produzido inclua fatores extrabiológicos no tratamento da doença, como veremos adiante.

Nesse documento, destaca-se que a fibromialgia é uma patologia reconhecida com um estado de saúde complexo e heterogêneo. Nas palavras dos autores, “a completa compreensão da fibromialgia requer uma avaliação abrangente da dor, da função do contexto psicossocial”, ressaltando a importância de outras dimensões para o diagnóstico e a terapêutica. No entanto, ao incluir o contexto social e psíquico o consenso exclui a esfera laboral dessa importância, pois para os médicos “a fibromialgia não se justifica o afastamento do trabalho”.<sup>257</sup> Tal como analisamos no capítulo anterior, o discurso médico apresenta uma consonância com os interesses econômicos empresariais, no qual o afastamento de um trabalhador seria uma prática contrária a esses interesses.

De acordo com os autores do consenso, a estratégia terapêutica considerada ideal da fibromialgia “requer uma abordagem disciplinar com a combinação de modalidades farmacológicas e não farmacológicas”. Até este ponto, o documento está de acordo com o *Projeto Diretrizes: Fibromialgia*, de 2004. Por outro lado, cinco anos após observamos mudanças no uso de novas categorias e ideias.

O documento assinala que o “tratamento deve ser elaborado, em discussão com o paciente, de acordo com a intensidade de sua dor, funcionalidade e suas características, sendo importante levar em consideração suas questões biopsicossociais e culturais”.<sup>258</sup> Essas categorias novas apresentadas no Consenso para tratamento da fibromialgia – “biopsicossociais” e “culturais” – são significativas para entender a incorporação de novos elementos no estilo de pensamento biomédico em relação à fibromialgia, pois propõem elementos no protocolo diferentes do modelo de racionalidade biomédica analisado e criticado por Madel Luz, Camargo Jr, Rejane Araújo, bem como Rafael Mattos no seu estudo de caso.

Acreditamos que a mudança no discurso médico sobre a doença, que estamos chamando de mudança no estilo de pensamento, está estreitamente relacionada ao papel

---

<sup>257</sup> HEYMANN, Roberto Ezequiel et al. Consenso brasileiro do tratamento da fibromialgia. *Rev. Bras. Reumatol.*, São Paulo, v. 50, n. 1, fev. 2010. p. 60.

<sup>258</sup> *Ibidem*, p. 61.

crítico de alguns médicos reumatologistas que questionam não apenas a construção nosológica da doença, revelando controvérsias, mas a própria racionalidade biomédica, que se insere numa ótica fragmentada e exclui fatores extrabiológicos do processo de adoecimento. Neste ponto, podemos sugerir que a médica reumatologista Rejane Araújo, que participou da elaboração do protocolo de tratamento, ocupa esse lugar crítico. As categorias do documento refletem reflexões críticas lançadas em sua dissertação, bem como no artigo que publicou na *RBR*, conforme podemos ler abaixo:

Ao se propor o estudo da relação dos fatores psicossociais como influentes ou determinantes dos modos de construção e expressão dos diferentes processos que alteram a saúde, há que se modificar o modelo tradicional das consultas médicas que separam em pedaços a avaliação do indivíduo. Excluir da consulta a contextualização do problema do paciente e a relação processual com suas histórias de vida e as construções sócio-cognitivas é eliminar a essência desses processos, cujas construções não conseguem ser integralmente explicadas pelo conhecimento biomédico.<sup>259</sup>

É interessante observarmos que em relação à dor crônica o documento é explícito: “o objetivo é o controle e não a eliminação”.<sup>260</sup> A partir do *Consenso brasileiro de tratamento da fibromialgia* pudemos elaborar o **Quadro 9**.

**Quadro 9 – Consenso brasileiro de tratamento da fibromialgia**

<b>Consenso brasileiro de tratamento da fibromialgia (2010)</b>	
<b>Tratamento medicamentoso</b>	<b>Tratamento não medicamentoso</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Compostos tricíclicos (antidepressivo tricíclico)</li> <li>• Bloqueadores seletivos de recaptção de serotonina</li> <li>• Medicamento antiparkissoniano</li> <li>• Neuromoduladores (gabapetina e pregabalina)</li> <li>• Analgésicos e opiáceos leves</li> <li>• Tratamento de distúrbio do sono (zolpidem e zopiclona)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exercício musculoesquelético pelo menos duas vezes na semana</li> <li>• Exercícios aeróbicos moderadamente intensos duas a três vezes na semana, individualizado</li> <li>• Reabilitação, fisioterapia ou relaxamento, dependendo da necessidade do paciente</li> <li>• Terapia cognitivo-comportamental e suporte psicológico, dependendo da necessidade do paciente</li> </ul>

<sup>259</sup> ARAÚJO, Rejane. Fibromialgia: construção e realidade na formação dos médicos. *Rev. Bras. Reumatol.* São Paulo: vol. 46, n.1, jan-fev, 2006, pág.56-60.

<sup>260</sup> HEYMANN, Roberto Ezequiel et al. Consenso brasileiro do tratamento da fibromialgia. *Op. cit.*. 2010. p.59.

Além das recomendações das terapêuticas acima, constatamos no documento mais duas observações para o tratamento não-medicamentoso. Uma é a “não recomendação”, no caso hipnoterapia, *biofeedback*<sup>261</sup>, quiropática e homeopatia, outra é o não consenso de indicação da balneoterapia e da acupuntura. Entre estas observações assinaladas no Consenso podemos entender que algumas práticas terapêuticas podem ser excluídas por representar uma racionalidade diversa e, talvez, conflitante com o estilo de pensamento dos profissionais que participaram da elaboração do documento – pode ser o caso da racionalidade vitalista presente na homeopatia e acupuntura, conforme ensina Madel Luz.

Comparando os dois protocolos para tratamento, observamos que a indicação de “suporte psicológico” do *Projeto Diretrizes: Fibromialgia* para o cuidado da subjetividade do paciente foi também mantida no *Consenso de tratamento da fibromialgia* de 2010, mas com a especificação de uma “terapia cognitiva-comportamental”. Por outro lado, a acupuntura, que era uma indicação em 2004, não está presente no Consenso, pois a equipe médica assinalou que “não houve consenso” sobre a indicação desse tratamento. Podemos ler mais informações sobre a não recomendação da acupuntura em *Fibromialgia: Cartilha para pacientes*, lançada um ano após a aprovação do Consenso de Tratamento da Fibromialgia. A *Cartilha para pacientes*, por sua vez, informa que não há um consenso em recomendá-la, pois não há “evidências científicas fortes”, sobretudo, no caso da fibromialgia.

A *Cartilha para pacientes* é bastante significativa, pois é um documento que reforça a territorialização da fibromialgia como uma especialidade médica reumatológica, sobretudo porque se pretende publicizar e esclarecer a doença para pessoas fora da área médica. O texto tem uma configuração mais didática, no formato de pergunta e resposta. Sua criação e desenvolvimento são atribuídos à Comissão de Dor, Fibromialgia e Outras Síndromes Dolorosas de Partes Moles da SBR. O conteúdo compreende desde a definição da doença, diagnóstico, chegando às possibilidades de tratamento, como visto na **Figura 6**.

---

<sup>261</sup> *Biofeedback* é uma ferramenta terapêutica que fornece informações com a finalidade de permitir aos indivíduos desenvolver a capacidade autorregulação,

<b>Índice</b>	
O que é Fibromialgia?..... 4	Existe algum exame que faça o diagnóstico da Fibromialgia? ..... 10
Qual é a causa da Fibromialgia? ..... 4	Existe cura para a Fibromialgia? A Fibromialgia vai me deixar aleijado ou deformado?..... 10
Que grupo de pessoas é mais afetada pela síndrome? ..... 5	Devo fazer algum tipo de atividade física? ..... 12
Quais são os sintomas da Fibromialgia?..... 5	Será que eu não vou piorar se fizer atividade física? Como devo fazê-la? ..... 13
Por que algumas pessoas não acreditam na Fibromialgia?..... 7	A acupuntura pode melhorar meus sintomas? ..... 14
Por que se fala tanto de depressão quando se toca no assunto Fibromialgia? ..... 8	O que é terapia cognitiva comportamental? Como ela pode me ajudar?..... 14
Por que a Fibromialgia piora quando ficamos tristes ou deprimidos?..... 8	Por que os anti-inflamatórios ou outros remédios para dor não me ajudam? ..... 15
Como é feito o diagnóstico da Fibromialgia?..... 9	Por que somos tratados com medicamentos para depressão e convulsão se não sofremos disso?..... 16

*Figura 6 – Índice da Cartilha para pacientes. Fonte: Revista Brasileira de Reumatologia*

O índice acima, para além de guiar seus leitores, nos mostra, por meio de suas perguntas, questões que remetem ao desenvolvimento deste trabalho: as controvérsias da doença relativas a nosologia, patogênese, diagnóstico e terapêutica da doença. Nas primeiras questões, percebemos que diz respeito à sua construção, nomenclatura e patogênese. Esta última, ainda não respondida pelos profissionais na saúde. O grupo de pessoas afetadas corresponde ao fato de mais mulheres serem diagnosticadas do que homens – há dados de pesquisa relativos a gênero – não analisados aqui, mas constitutivos da pesquisa de Mattos. A (des)crença nos sintomas representa um problema para pacientes e médicos, conforme vimos nesta pesquisa, que condiz com os questionamentos aqui levantados. A depressão também é importante, por causa dos altos percentuais verificados entre os pacientes e está incluída como comorbidade na patologia. Além disso, vimos que a atenção aos estados emocionais e mentais, correspondem a uma inclusão da subjetividade. As explicações sobre o diagnóstico assinalam o caráter clínico, sobretudo pela ausência de substrato – origem igualmente de controvérsias. As indagações sobre danos físicos sublinham a invisibilidade da fibromialgia. A terapêutica é abordada nas últimas questões, que correspondem quase à metade de todo o índice. Podemos ver que o tratamento não medicamentoso defende a prática de atividades

físicas e a terapia cognitiva comportamental, porém acrescenta a acupuntura, para poder rechaçá-la. As perguntas pretendem esclarecer seus leitores sobre as hipóteses mais recentes sobre a doença, e, nesse sentido, o tratamento medicamentoso com antidepressivos e fármacos anticonvulsão são defendidos e explicados nos últimos itens.

A *Cartilha* torna-se um documento ainda mais significativo pelo seu lema “*Conhecimento é tratamento*”, pois podemos entender que a terapêutica é em parte responsabilidade dos pacientes, segundo o discurso médico – mas, claro, o conhecimento defendido e autorizado pela Sociedade Brasileira de Reumatologia. Tal instituição recomenda terapias e técnicas em detrimento de outras, como a acupuntura, justificando a falta de “evidências científicas”. De acordo com a análise de Camargo Jr., “o discurso médico é apenas mais um discurso sobre doença/saúde aqueles que os médicos gostam de acreditar como ‘científico’, ‘verdadeiro’, mesmo que não seja exatamente assim”.<sup>262</sup> A terapêutica para esse autor está desprovida de “cientificidade”, pois é pautada na individualidade de cada paciente e não na *reprodutibilidade* – condição básica para um experimento científico. Entretanto, nota Camargo Jr. que esse aspecto não é condição fundamental para o sucesso terapêutico.<sup>263</sup>

Podemos dizer que *A Cartilha para pacientes* vai além de um instrumento de publicização das ideias médicas do campo da reumatologia. A cartilha mostra para o público em geral que o cuidado com aspectos subjetivos está legitimado com a fibromialgia, que pacientes com “distúrbios psiquiátricos”, qualificados como depressão e ansiedade, estão incluídos na doença. Esse documento mostra em seu discurso que o sofrimento dos pacientes não é “psicológico”, que a dor da fibromialgia acompanhada de toda subjetividade pode ser tratada pela reumatologia em parceria com outras áreas da saúde que trabalhem o corpo, no controle da dor, e a mente, nos “distúrbios psiquiátricos”. Isso quer dizer, em outras palavras, que a compreensão da fibromialgia pelos profissionais que participaram dos protocolos abarca o sofrimento físico e também o sofrimento subjetivo, se o paciente o apresentar, pois é entendido como parte da gravidade doença. Desse modo, compreendemos que a racionalidade médica opera com um estilo de pensamento diferente, lançando uma nova perspectiva para o tratamento de uma doença que parece colocar a racionalidade biomédica diante da incorporação da subjetividade para promover uma terapêutica que ofereça eficácia diante de

---

<sup>262</sup> Camargo Jr., *op. cit.* p.218.

<sup>263</sup> *Ibidem*, p.224.

uma doença que apresenta um desafio para os profissionais da saúde.

Susan Sontag assinalou que o fato de a medicina não saber as causas de uma doença, ou tentar explicar sua patogênese pela multicausalidade, a torna um suporte de metáforas. Observamos, nos documentos da SBR e na *RBR*, as expressões metafóricas “o alarme que dispara sem necessidade” e “modelação do volume da dor”, condizentes com essa observação de Sontag. Nas pesquisas sobre a fibromialgia abordadas nos artigos, fica claro que existem hipóteses sobre as causas da doença ainda “não comprovadas cientificamente”. O tratamento medicamentoso parece obedecer a essa lógica que se opera na hipótese, porém, no caso do *Consenso brasileiro para tratamento da fibromialgia*, com a participação de novos laboratórios farmacêuticos e a introdução de novo tipo de medicamentos, questionamos em que medida a equipe que estabeleceu o consenso esteve sob a ingerência da indústria de medicamentos.

## Considerações finais

É uma ilusão acreditar que a história do conhecimento tenha tão pouco a ver com o conteúdo da ciência quanto, digamos, a história do telefone com o conteúdo das conversas telefônicas: pelo menos três quartos, talvez a totalidade, do conteúdo das ciências são condicionados e podem ser explicados pela história do pensamento, pela psicologia e pela sociologia do pensamento.

(Ludwik Fleck)

Tal como assinalou Herzlich, a doença é ao mesmo tempo individual e social. Nessa perspectiva, a fibromialgia é uma doença que apresenta diversos elementos para análise. Nosso objetivo nesta pesquisa foi analisar os debates médicos e de profissionais da saúde a respeito da nosologia, do diagnóstico e do tratamento da fibromialgia.

Inicialmente, o que chamou atenção em relação à fibromialgia foi a descrença na dor e a desconfiança que rondava as pessoas que reclamavam de dores intensas e difusas. No julgamento de familiares e amigos, muitas pessoas eram consideradas “frescas”. Na peregrinação de consultório em consultório, antes da construção do diagnóstico, ouviram “você não tem nada” – geralmente com uma indicação a um psicólogo ou a um psiquiatra.

Numa sondagem preliminar, surgiu a seguinte questão: como uma doença que não tem substrato anatomopatológico, que possui como sintoma concomitante depressão, que é tratada com antidepressivo, é construída no campo da reumatologia e não da psiquiatria? No caminho para tentar responder a esse questionamento inicial, foram escolhidas fontes institucionais, ricas em debates sobre a doença: a *Revista Brasileira de Reumatologia* e o *site* da Sociedade Brasileira de Reumatologia. Nesses documentos, buscamos o que seus autores pensam e dizem sobre a fibromialgia.

Na análise dos artigos da *Revista Brasileira de Reumatologia* e das informações no *site*, percebemos que a centralidade da dor difusa, sem substrato, dos pacientes é o sintoma mais importante para a construção nosológica da doença bem como de seu diagnóstico. Esse sintoma que passou a ser acreditado pelos médicos foi o primeiro passo para que a doença pudesse ser tratada não como uma dor “psicológica”, como assinalam os artigos, mas como uma dor “real” que precisa de cuidados. A crença na dor, a nomeação da doença e a criação de critérios de diagnóstico no final da década de 1980 estavam em conformidade com a

valorização do cuidado desse sintoma propagado pela a International Association for the Study of Pain (Iasp), fundada em 1973, e pela Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor (SBED), fundada em 1982.

Quando os critérios de diagnóstico foram validados, em 1990, pelo Colégio Americano de Reumatologia, por Wolfe e equipe médica multidisciplinar, criou-se um protocolo e reafirmou-se o nome fibromialgia e não mais fibrosite. Tais critérios foram aprovados e adotados pela Sociedade Brasileira de Reumatologia em 1999, porém com variação em relação ao número de pontos dolorosos. Observamos que houve questionamentos na *RBR* a respeito da construção de tais critérios, pois muitos pacientes tinham menos números de pontos dolorosos do que foi definido, portanto o enquadramento na doença poderia não ser possível. A arbitrariedade do protocolo também foi um ingrediente para controvérsias relacionadas à doença.

No discurso dos artigos do periódico observamos também que a quantidade de critérios subjetivos para construir o diagnóstico foi outro elemento de controvérsia, pois vimos que, para realizar esse processo, a racionalidade biomédica se apoia em formas de objetivação como, por exemplo, na “materialidade da dor” legitimada por exames. No entanto, notamos que a subjetividade da doença fibromialgia foi territorializada no campo da reumatologia. Ou seja, o cuidado médico da dor e de outros sintomas que podem acompanhar os pacientes, denominados comorbidades, foi abarcado pela reumatologia. As altas taxas de depressão – cerca de 49% a 80 % dos pacientes –, bem como de ansiedade, compreendem, segundo a *RBR*, o “*status* mental” da doença e estão inseridas no tratamento por intermédio de fármacos e não fármacos. A indicação de “psicoterapia”, “terapia cognitiva comportamental” e “suporte psicológico, dependendo da necessidade do paciente”, podem ser novos elementos no estilo de pensamento biomédico, nos termos de Fleck.

Com isso queremos dizer que, se o estilo de pensamento biomédico é composto de uma racionalidade cartesiana,<sup>264</sup> que fragmenta o sujeito em partes (corpo e mente) e constitui especialidades médicas, então, ao incluir a subjetividade dos sintomas no tratamento da fibromialgia, a reumatologia demonstra uma alteração de percepção em relação à doença. Ou seja, percebemos que, para construir a doença nesse campo biomédico, foi necessário abarcar a dor com toda subjetividade, mas se utilizando de um lugar de prestígio para dizer o que

---

<sup>264</sup> Conforme sublinhado por M. Luz, K. Camargo Jr. e R. Araújo.



deveria ser feito em relação à terapêutica, privilegiando algumas “técnicas corporais” e descartando outras sem “comprovação científica”, como, por exemplo, a acupuntura.

Nos periódicos analisados, o uso de medicamentos e terapêuticas propagadas está em conformidade com o que Le Breton chamou de “regulação de si”, na medida em que existe uma tentativa de regulação dos estados mentais e emocionais. Por outro lado, tais técnicas e medicamentos participam do cuidado do corpo como “patrimônio”. Essas observações aliam-se à “qualidade de vida”, categoria frequente no discurso, que significa uma adequação do indivíduo à vida social e à vida produtiva, mais do que denotar bem-estar.

O recorte temporal da pesquisa revela uma construção coletiva do conhecimento sobre a doença. Os atores sociais que participam da formação de um conceito da entidade nosológica são diversos e nos fazem pensar sobre o enquadramento da fibromialgia não como um produto de um grupo liderado por Wolfe, mas sim como algo de uma comunidade organizada, tal qual assinalou Fleck. Comunidade dentro da qual os médicos reumatologistas desempenham papel dominante no campo. Na *RBR* verificamos que a etiopatogenia da doença não está definida. Invocando a metáfora conceitual de Latour, “a caixa preta” não está fechada no período que analisamos.

Podemos dizer que a análise do discurso médico sobre a fibromialgia é uma das faces que torna a doença “intrigante”, pois outras possibilidades podem ser temas de investigação, como, por exemplo: (a) a análise da relação entre indústria de medicamentos, financiamento de pesquisa e construção da doença; (b) a análise entre as diferenças de gênero no diagnóstico da fibromialgia; (c) um estudo comparativo entre o discurso dos *blogs* e *sites* dos pacientes com fibromialgia com o discurso biomédico etc. Nossa pesquisa constatou que a fibromialgia existe como entidade nosológica porque existe um contexto de aceitação social da dor em todas as suas expressões (objetivas e subjetivas) e de outras formas de sofrimento, como depressão e ansiedade. Esses pacientes podem ser vistos como “fibromiálgicos” e não mais avaliados como “neurastênicos” ou “histéricos”. Dito isso, queremos dizer que o olhar para os sintomas mudaram ao longo do tempo. Hoje a fibromialgia diz respeito ao comportamento social, sobretudo quando a dor não pode ou não deve ser um sintoma que impeça o indivíduo de participar da vida produtiva, sob o esteio da “qualidade de vida”.

## Referências

### Fontes

ALÁRCON, G.S.; BRANDLEY, L.A Coming Out of closet: fibromyalgia in the 1990's: An american perspective. *Rev. Bras. Reumatol.* São Paulo: vol. 34, n.2, mar-abril, pág.49-51, 1994.

ALTHORFF,A.C. Fibromialgia: uma visão. *Rev. Bras. Reumatol.* São Paulo: vol. 40, n.2, mai-jun, pág. V, 2000.

ARAUJO, Rejane Leal. Fibromialgia: construção e realidade na formação dos médicos. *Rev. Bras. Reumatol.*, SãoPaulo, v.46, n.1, Feb. 2006.

BATISTELLA & RIGOBERTO. Comorbidades em fibromialgia. *Rev. Bras. Reumatol.* São Paulo: vol. 42, n.1, jan-fev, pág.1-7, 2002.

BERBER, Joana de Souza Santos; KUPEK, Emil; BERBER, Saulo Caíres. Prevalência de depressão e sua relação com a qualidade de vida em pacientes com síndrome da fibromialgia. *Rev. Bras. Reumatol.*, São Paulo, v. 45, n. 2, abr. 2005.

CAVALCANTE, Alane B. et al . A prevalência de fibromialgia: uma revisão de literatura. *Rev. Bras. Reumatol.*, São Paulo, v. 46, n. 1, fev. 2006.

COMISSÃO DE DOR, FIBROMIALGIA E OUTRAS SÍNDROMES DAS PARTES MOLES, Cartilha para pacientes, Sociedade Brasileira de Reumatologia (SBR). Disponível em:[http://www.reumatologia.com.br/index.asp?Perfil=&Menu=Publicacoes&Pagina=publicacoes/in\\_cartilhas\\_educativas\\_sbr.asp](http://www.reumatologia.com.br/index.asp?Perfil=&Menu=Publicacoes&Pagina=publicacoes/in_cartilhas_educativas_sbr.asp) Acesso em 15/01/2013.

COSTA, Sérgio Ricardo Matos Rodrigues da et al . Características de pacientes com síndrome da fibromialgia atendidos em hospital de Salvador-BA, Brasil. *Rev. Bras. Reumatol.*, São Paulo, v. 45, n. 2, abr. 2005.

CRISTO, V.V. et al. Zalpidem no tratamento da dor da fibromialgia. *Rev. Bras. Reumatol.* São Paulo: vol. 37, n.4, jul-ago, pág.183-186, 1997.

FERREIRA et al. A avaliação da dor em pacientes com fibromialgia. *Rev. Bras.Reumatol.* São Paulo: vol. 42, n.2, mar-abr, pág.104-110, 2002.

FREIRE, Marlene et al . Concomitância de fibromialgia em pacientes portadores de hipotireoidismo e de alterações tireoideanas em pacientes com fibromialgia. *Rev. Bras. Reumatol.*, São Paulo, v. 46, n. 1, fev. 2006.

HAUM, M.V.A.; POLLAK D.F.; FERRAZ,D.F. A validação dos critérios do Colégio Americano de Reumatologia para classificação de fibromialgia em uma população brasileira.

*Rev. Bras. Reumatol.* São Paulo: vol. 39, n.3, mai-jun, pág.221-230, 1999.

HELFINSTEIN JR, M.;FELDMAN,D. Prevalência da síndrome da fibromialgia em pacientes diagnosticados como portadores de (L.E.R.) lesões por esforço repetitivo. *Rev. Bras. Reumatol.* São Paulo: vol. 38, n.2, mar-abr, pág.71-77, 1998.

\_\_\_\_\_. Síndrome da fibromialgia: caráter clínico e associação com outras síndromes. *Rev. Bras. Reumatol.* São Paulo: vol. 42, n.1, jan-fev, pág.8-14, 2002.

HEYMANN, Roberto. O papel do reumatologista frente à fibromialgia e à dor musculoesquelética. *Rev. Bras. Reumatol.* São Paulo: vol. 46, n.1 jan-fev, 2006, editorial.

\_\_\_\_\_ et al . Consenso brasileiro do tratamento da fibromialgia. *Rev. Bras. Reumatol.*, São Paulo, v. 50, n. 1, fev. 2010 .

\_\_\_\_\_; QUARESMA, M.;HELFINSTEIN JR, M.;FELDMAN,D. Estudo duplo cego, controlado, randomizado de amitriplidina, novtriplina e placebo em pacientes com fibromialgia: análise dos instrumentos de medida. *Rev. Bras. Reumatol.* São Paulo: vol. 38, n.3, mai-jun, pág.119-127, 1998.

HILÁRIO, M.O.E.; GOLDENBERG, J.;TUTILA,S. Fibromialgia Juvenil. *Rev. Bras. Reumatol.* São Paulo: vol. 37, n.5, set-out, pág.271-274, 1997.

INANICI, F. & YUNUS, M. "History of Fibromialgia: past to present. Currunt Pain And Headache Reports". 2004: oct.8 (5): 369-78. Acessado em 10/08/2013 no site <http://www.springer.com/medicine/journal/11916>.

LAURINDO, IÊDA. Controvérsia e mais controvérsias. *Rev. Bras. Reumatol.* São Paulo: vol. 42, n.1, jan-fev, pág. V (editorial), 2002.

LIPHAUS, B. de I.;CAMPOS, L.M.M.A.;SILVA, C.A.A.;KISS, M.H.B. Síndrome da fibromialgia em crianças e adolescentes: um estudo de 34 casos. *Rev. Bras. Reumatol.* São Paulo: vol. 41, n.2, mar-abr, pág.71-74, 2001.

LOUREIRO et al. Prevalência da fibromialgia em pacientes com vírus da hepatite C. *Rev. Bras. Reumatol.* São Paulo: vol. 42, n.1, jan-fev, pág.37-41, 2002.

\_\_\_\_\_. A fisioterapia no tratamento de pacientes com fibromialgia. *Rev. Bras.Reumatol.* São Paulo: vol. 42, n.1, jan-fev, pág.42-49, 2002.

MAEDA, Cecília; MARTINEZ, José Eduardo; NEDER, Matilde. Efeito da eutonia no tratamento da fibromialgia. *Rev. Bras. Reumatol.*, São Paulo, v. 46, n. 1, fev. 2006 .

MARQUES, A.P.; MENDONÇA, L.F. de; COSSENRELLI,W. Alongamento muscular em pacientes com fibromialgia a partir de um trabalho de reeducação postural global(RPG).*Rev. Bras. Reumatol.* São Paulo: vol. 34, n.5, set-out, pág.232-234, 1994.

\_\_\_\_\_ *et al* . Validação da versão brasileira do Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ). *Rev. Bras. Reumatol.*, São Paulo, v. 46, n. 1, fev. 2006 .

MARTINEZ *et al*. Estudo qualitativo da percepção dos pacientes sobre fibromialgia. *Rev. Bras. Reumatol.* São Paulo: vol. 42, n.1, jan-fev, pág.30-36, 2002.

\_\_\_\_\_. Fibromialgia e aspectos clínicos socioeconômicos. *Rev. Bras. Reumatol.* São Paulo: vol. 32, n.5, set-out, pág.225-232, 1992.

\_\_\_\_\_; FERRAZ, M.B.; SATO, E.I.; ATRA, E.A. Avaliação sequencial do impacto da fibromialgia e artrite reumatoide na qualidade de vida. *Rev. Bras. Reumatol.* São Paulo: vol. 34, n.6, nov-dez, pág.309-316, 1994.

\_\_\_\_\_. Aspectos psicológicos da mulher com fibromialgia. *Rev. Bras. Reumatol.* São Paulo: vol. 32, n.2, mar-abr, pág.51-60, 1992.

\_\_\_\_\_. Fibromialgia: o desafio do diagnóstico correto. *Rev. Bras. Reumatol.*, São Paulo, v. 46, n. 1, fev. 2006.

\_\_\_\_\_; ASTRA, E.; POLLAK D.F.; Fibromialgia: etiopatogenia e terapêutica. *Rev. Bras. Reumatol.* São Paulo: vol. 33, n.2, mar-abril, pág.65-71, 1993.

\_\_\_\_\_. Avaliação da qualidade de vida de pacientes com fibromialgia através do “Medical outcore survey sf 36 short-form study”. *Rev. Bras. Reumatol.* São Paulo: vol. 39, n.3, mai-jun, pág.143-150, 1999.

\_\_\_\_\_; FERRAZ, M.B. Fibromialgia e dor miofacial: extremos de uma mesma afecção? *Rev. Bras. Reumatol.* São Paulo: vol. 36, n.4, jul-ago, pág.165-166, 1996.

\_\_\_\_\_. Fibromialgia: o desafio do diagnóstico correto. *Rev. Bras. Reumatol.*, São Paulo, v. 46, n. 1, fev. 2006.

\_\_\_\_\_; PANOSSIAN, Claudia; GAVIOLI, Fernanda. Estudo comparativo das características clínicas e abordagem de pacientes com fibromialgia atendidos em serviço público de reumatologia e em consultório particular. *Rev. Bras. Reumatol.*, São Paulo, v. 46, n. 1, fev. 2006.

\_\_\_\_\_ *et al* . Correlação entre a contagem dos pontos dolorosos na fibromialgia com a intensidade dos sintomas e seu impacto na qualidade de vida. *Rev. Bras. Reumatol.*, São Paulo, v. 49, n. 1, fev. 2009 .

MARTINS, J. Dor e Depressão. *Rev. Bras. Reumatol.* São Paulo: vol. 28, n.1, mar-abr, pág.28-32, 1988.

MASI, A.T. Fibromialgia syndrome (MFS): current concepts and approaches to management. *Rev. Bras. Reumatol.* São Paulo: vol. 35, n.2, jan-fev, 1995.

PAIVA, E. et al. Manejo da dor. *Rev. Bras. Reumatol.* v.46 n.4 São Paulo jul./ago. 2006. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0482-50042006000400010>, acessado em 27/01/201

\_\_\_\_\_. Fibromialgia. *Rev. Bras.Reumatol.* São Paulo: vol. 43, n.3, mar-abr, pág.112-118, 2003.

PEREIRA, B.A.de F. Seria a fibromialgia juvenil a solução definitiva para o complexo de diagnóstico das síndromes dolorosas em crianças? *Rev. Bras. Reumatol.* São Paulo: vol. 38, n.1, jan-fev, pág.1-4, 1998.

\_\_\_\_\_. Seria a fibromialgia juvenil a solução definitiva para o complexo de diagnóstico das síndromes dolorosas em crianças? *Rev. Bras. Reumatol.* São Paulo: vol. 38, n.1, jan-fev, pág.1-4, 1998.

PROVENZA et al. Spect cerebral em pacientes com fibromialgia. *Rev. Bras. Reumatol.* São Paulo: vol. 42, n.1, jan-fev, pág.25-29, 2002.

\_\_\_\_\_. Sociedade Brasileira de Reumatologia: Projeto Diretrizes: Fibromialgia. Associação Medica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, 2004.

\_\_\_\_\_. Fibromialgia. *Rev. Bras. Reumatol.*, São Paulo, v. 44, n. 6, dez. 2004.

REZENDE, M.C. A síndrome da fibromialgia no dia a dia ocupacional. *Rev. Bras.Reumatol.* São Paulo: vol. 42, n.2, mar-abr, pág.318-320, 2002.

\_\_\_\_\_. A síndrome da fibromialgia no dia a dia ocupacional. *Rev. Bras.Reumatol.* São Paulo: vol. 42, n.2, mar-abr, pág.318-320, 2002.

RIBEIRO, Luiz Severiano; PROIETTI, Fernando Augusto. Fibromialgia e estresse infeccioso: possíveis associações entre a síndrome de fibromialgia e infecções viróticas crônicas. *Rev. Bras. Reumatol.*, São Paulo, v. 45, n. 1, fev. 2005.

\_\_\_\_\_. et al . Fibromialgia e infecção crônica pelo vírus da hepatite C: ausência de associação em duas amostras. *Rev. Bras. Reumatol.*, São Paulo, v. 47, n. 2, abr. 2007 .

RIBEIRO SOBRINHO, Djalma Gomes et al . Estudo da capacidade de manter o alerta em pacientes com fibromialgia por meio do teste da manutenção da vigília. *Rev. Bras. Reumatol.*, São Paulo, v. 48, n. 1, fev. 2008 .

ROSSINI, S.R.G.; REIMÃO, R.N.A. Insônia crônica com pacientes com fibromialgia: aspectos psicológicos e adaptativos. *Rev. Bras.Reumatol.* São Paulo: vol. 42, n.2, mar-abr, pág.285-288, 2002.

ROZENBLATT et al. Características do sono alfa da fibromialgia. *Rev. Bras. Reumatol.* São Paulo: vol. 42, n.1, jan-fev, pág.15-24, 2002.

SÁ et al. A dor e o sofrimento algumas reflexões a propósito da compreensão psicológica da

fibromialgia. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, vol.7:1-2, jan-dez.,2005, pp.101-113. Acessado em 10/08/2013 no site <http://www.redalyc.org/pdf/287/28770208>.

SAMPAIO, G. Avaliação Clínica da qualidade do sono em 92 pacientes com fibromialgia. *Rev. Bras. Reumatol.* São Paulo: vol. 31, n.1, jan-fev, pág. 10-12, 1991.

SILVA, Gerson D'Addio da; LAGE, Lais V. Ioga e fibromialgia. *Rev. Bras. Reumatol.*, São Paulo, v. 46, n. 1, fev. 2006.

SILVA, L.C. da; ABREU, A.C.de; PEREGRINO,P.S.; COELHO,O. da S.;O valor da contagem de pontos dolorosos no diagnóstico clínico da fibromialgia. *Rev. Bras. Reumatol.* São Paulo: vol. 37, n.6, jul-ago, pág.317-322, 1997.

VALIM, Valéria. Benefícios dos exercícios físicos na fibromialgia. *Rev. Bras. Reumatol.*, São Paulo, v. 46, n. 1, fev. 2006.

## **Bibliografia**

ARAÚJO, Rejane. Doença: Construção e realidade e formação dos médicos. Dissertação de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, 2002.

AUGUSTO, Maria Helena. Natural, racional, social: discussão de uma sociabilidade. *Tempo social: Rev.. Social*, São Paulo: USP, 1(1): 247 – 257.

BOURDIEU, Pierre. O campo científico. In: Ortiz (org.) *Bourdieu – sociologia*. São Paulo Ática, 1983: pág.122-155.

BOURDIEU, Pierre. *O poder simbólico*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2000.

CAMARGO JR., Keneth. (Ir)racionalidade médica: o paradoxo da clínica. *Phisy – Rev. De Saúde Coletiva*, vol.2, nº1, 1992: pág. 203- 230.

CANGUILHEM, Georges. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária, 1982.

CAVALIERE, Maria Lucia Alves. Efetividade de um programa multidisciplinar de tratamento da fibromialgia. Rio de Janeiro, instituto de Medicina Social, UERJ, 2002. (tese de mestrado).

CHARTIER, Roger. Introdução. *Por uma sociologia histórica das práticas culturais*. In: \_\_\_\_\_. *A História Cultural entre práticas e representações*. Col. Memória e sociedade. Trad. Maria Manuela Galhardo. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1990.

CORBIM, A.(Org.). *História do Corpo: Da Revolução à Grande Guerra*. Rio de Janeiro Vozes, 2002.

DELEUZE, Gilles & GUATARRI, Felix. *Mil platôs*. Vol. 5, São Paulo: Editora 34, 2012.

DELORME, Thierry. *La douleur um mal à combatre*. Paris:1999.

DESCARTES, René. *O discurso do método*. In: Coleção os Pensadores, Rio de Janeiro: editora Abril, 1978.

DORON, R. E PAROT, F.(Orgs). *Dicionário de psicologia*. São Paulo: Atica, 1998.

DORSCH, F., HACKER,H., STAPF, K. *Dicionário de psicologia Dorsch*. Petrópolis: Vozes, 2001.

DROGUETT, Juan G. Corpo e Representação. In: LYRA,B. & GARCIA, W. *Corpo e Cultura*. São Paulo: Ed. Xamã, 2001.

DURKHEIM, E. *As Regras do Método Sociológico – Os Pensadores*: São Paulo: Abril Cultural,1978.

FLECK, Ludwik. *Gênese e desenvolvimento de um fato científico*. Belo Horizonte: Fabrefactum, 2010.

FOUCAULT, M. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Ed. Graal,1998.

\_\_\_\_\_. *O nascimento da clínica*. Rio de janeiro: Forense, 2006.

GOFFMAN, Erving. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro: Zaar, 1975.

GOLDEMBERG, Mirian e RAMOS, Marcelo. A civilização das formas: o corpo como valor. In: GOLDEMBERG, Mirian(org.). *Nu e Vestido: dez antropólogos revelam a cultura do corpo carioca*. Rio de Janeiro: Record, 2002.

GOLDENBERG, Don. Fibromyalgia Syndrome a Decade Later: What have we learned? *Arch. Intern. Med.*, vol.159, apr 26, 1999. Downloaded From: [http:// archinte.jamanetwork.com/](http://archinte.jamanetwork.com/) em 28/01/2014.

GUERCI, Antônio & CONSIGLIERE, Stefania. Por uma antropologia da dor: nota preliminar. *Ilha Revista de Antropologia*, Universidade Federal de Santa Catarina, v.1, n.1, 2, 1999.

HERZLICH, Claudine. “A problemática da representação social e sua utilidade no campo da doença”. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, vol.15, 2005.

\_\_\_\_\_. “Saúde e doença no início do século XXI: entre a experiência privada e a esfera pública”. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, vol.14, nº 2, 2004.

HUIZINGA, Johan. *O Outono da Idade Média*. São Paulo: Cosac Naif, 2010.

INANICI, Fatima & YUNUS, Muhammad. History of fibromyalgia: past to present. *Curr Pain Headache Rep*. 2004, oct, 8 (5):369-78. Capturado:www.ncbi.nlm.nih.gov

KUHN, Thomas. *A Estrutura das Revoluções Científicas*. São Paulo: Perspectiva, 2011.

LATOUR, Bruno. *Jamais fomos modernos*. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1994.

LE BRETON, David. *Adeus ao corpo*. Rio de Janeiro: Papyrus, 1999.

\_\_\_\_\_. *Antropologie de la douleur*. Paris: Métailie, 2006.

LIMA, Solange. ABRASPP – Uma re(ação) brasileira. In: NASCIMENTO, Dilene (org). *A história da Póliomelite*. Rio de Janeiro: Garamond, 2010.

LOWI, Ilana. Fleck e a Historiografia recente na pesquisa biomédica. In: Portocarrero, Vera (org.) *Filosofia, Sociologia e História das Ciências I: abordagens contemporâneas* [online]: Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994.

LUZ, Madel. *Natural, Racional, Social: razão médica e racionalidade científica moderna*. Rio de Janeiro Campus, 1988.

MATTOS, Rafael da Silva. *Fibromialgia e dor: um estudo de caso sobre o mal-estar no trabalho e adoecimento*. IMS, UERJ, 2011.(TESE)

MAUSS, Marcel. *Sociologia e antropologia*. Vol.I, São Paulo, EPU, 1984.

MCCALLUM, Cecilia; REIS, Ana Paula dos. Re-significando a dor e superando a solidão: experiências do parto entre adolescentes de classes populares atendidas em uma maternidade pública de Salvador, Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 7, July 2006.

PEITZMAN, S. e MAULITZ, R. C. L'élaboration du diagnostic. In: GRMEK, M.D (org.). *Histoire de la pensée médicale en Occident. Vol 2, de la Renaissance aux Lumières*. Paris: Seuil : 1999.

PEREIRA NETO, André et al. Internet na promoção de saúde: um instrumento para o desenvolvimento de habilidades pessoais e sociais. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro: 22 (1),347-363, 2012.

REY, Roselyne. *História da dor*. São Paulo: Escuta, 2012.

RODRIGUES, J. C. *O tabu do corpo*. Rio de Janeiro : Archiamé: 1980.

ROSENBERG, C. Contested Boundaries, Psychiatry, disease, and diagnosis. *Perspectives in Biology and Medicine*. 49 (3): 2006, 407-424.



\_\_\_\_\_ & GOLDEN, E.. *Framing Disease. Studies in Cultural History*. New Jersey, Rutgers University Press, 1977.

\_\_\_\_\_. The Tyranny of Diagnosis: Specific Entities and Individual Experience. *Milbank Quarterly*: Jun 80 (2), 2002: p.237-260.

SÁ, Eduardo et al. A dor e o sofrimento físico: algumas reflexões a propósito da compreensão psicológica da fibromialgia. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, vol.7, número 1-2, janeiro-dezembro, 2005. Pág 101 a 113, Sociedade Portuguesa de Psicossomática. Disponível em : <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id> . Acesso em 03/02/2013.

SANTOS, Raquel Alcides dos. *Estratégias terapêuticas no tratamento da dor crônica: uma genealogia da clínica da dor*. Tese de mestrado. IMS, UERJ, 2009.

SILVEIRA, Anny Jakeline Torres e NASCIMENTO, Dilene R. A doença revelando a história. Uma historiografia das doenças. In: NASCIMENTO, Dilene R. & CARVALHO, Diana Maul (orgs.). *Uma história brasileira das doenças*. Brasília: Paralelo 15, 2004.

SONTAG, Susan. *A doença como metáfora*. São Paulo: Cia. das Letras, 2007.

SOURNIA, Jean-Charles. O homem e a doença. In: LE GOFF, Jaques. *As doenças tem história*. Lisboa: Terramar, 1997.

TRONCA, Italo. Introdução. In: *A máscara da Lepra e da Aids*. São Paulo, Unicamp, 2000.

WINGATE, Peter. *Dicionário médico*. Lisboa: Publicações Dom Quixote, 1978.