

# Envelhecimento e dor crônica: um estudo sobre mulheres com fibromialgia

## *Aging and chronic pain: a study of women with fibromyalgia*

Maria Angelica Schlickmann Pereira Hayar<sup>1</sup>, Arlete Camargo de Melo Salimene<sup>2</sup>, Ursula Margarida Karsch<sup>3</sup>, Marta Imamura<sup>4</sup>

### RESUMO

**Objetivo:** Desvendar o processo de envelhecimento de mulheres acometidas por fibromialgia e o impacto dessa patologia nos âmbitos físico, pessoal e social, agregado às alterações dele decorrentes. **Método:** O universo da pesquisa abrangeu 66 mulheres com diagnóstico clínico de fibromialgia, com idades entre 30 e 68 anos de idade, residentes em São Paulo/SP. Para a pesquisa qualitativa, foi selecionado, de forma aleatória, um grupo de quinze das 66 mulheres: cinco na faixa etária entre 30 e 49 anos, cinco entre 50 e 59 anos de idade e cinco de 60 anos e mais. Foram realizadas entrevistas individuais, gravadas e posteriormente transcritas na íntegra, com aplicação de instrumento semiestruturado elaborado pela autora. O instrumento buscou estimular os sujeitos a refletirem, a fim de possibilitar o acesso às representações sociais da dor, da doença e do envelhecimento com dor crônica. Como procedimento metodológico para tratamento dos dados da pesquisa qualitativa, foi utilizada a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo. **Resultados:** Os dados indicaram que há maior incidência da fibromialgia entre as mulheres idosas, mas o impacto na qualidade de vida medido pelo FIQ foi maior entre aquelas que estavam na meia idade (50 a 59 anos). Houve prevalência de mulheres com baixa escolaridade, mas constatou-se que o impacto da fibromialgia foi mais significativo em mulheres com escolaridade maior. A presença da religiosidade foi bem marcada neste grupo de sujeitos. **Conclusão:** O trabalho de atenção básica sob a Estratégia de Saúde da Família requer uma adequada abordagem da pessoa com uma doença crônica tão peculiar como a fibromialgia. Essa abordagem deve ser estendida aos idosos, respeitando o que preconiza a política de humanização do SUS numa perspectiva de promoção da saúde.

**Palavras-chave:** Envelhecimento, Doença Crônica, Fibromialgia, Mulheres, Gênero e Saúde

### ABSTRACT

**Objective:** This study seeks to investigate the aging process of women affected by fibromyalgia, as well as its physical, personal, and social impacts. **Method:** Sixty-six (66) women participated who were diagnosed with fibromyalgia, aged from 30 to 68 years, living in Sao Paulo/SP. For qualitative research, a group of fifteen (15) out of the 66 women was selected at random: five (05) aged from 30 to 49 years; five (05) aged from 50 to 59 years; and five (05) aged 60 years and above. Individual, semi-structured interviews designed by the author were conducted, recorded, and later transcribed verbatim. The instrument sought to encourage the subjects to reflect in order to access social representations of pain, of the disease, and of aging with chronic pain. The methodology used for processing the qualitative research data was the Collective Subject Discourse technique. **Results:** Analysis indicated greater incidence of fibromyalgia among elderly women, but the impact on quality of life, as measured by the FIQ, was greater among the middle-aged group (50 to 59 years). There was a greater prevalence of the disease among women with poor levels of formal learning, but it was found that the impact of fibromyalgia was more significant for women with higher education. The presence of religiosity was very significant in this group of subjects. **Conclusion:** Primary care provided by public health programs, such as "Estratégia de Saúde da Família" (Family Health Strategy), requires the proper approach to a person suffering from such a peculiar chronic illness as fibromyalgia. This approach should be extended to the elderly, in observation to the policies for humanization of healthcare services seeking to promote health.

**Keywords:** Aged, Chronic Disease, Fibromyalgia, Women, Gender and Health

<sup>1</sup> Assistente Social, Doutoranda, Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

<sup>2</sup> Assistente Social, Diretora do Serviço de Serviço Social do Instituto de Medicina Física e Reabilitação HCFMUSP.

<sup>3</sup> Assistente Social, Docente, Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

<sup>4</sup> Médica Fisiatra, Coordenadora do Centro de Pesquisa Clínica do Instituto de Medicina Física e Reabilitação HCFMUSP.

Endereço para correspondência:  
Centro de Pesquisa Clínica do Instituto de Medicina Física e Reabilitação  
Maria Angelica Schlickmann Pereira Hayar  
Rua Jandiatuba, 580  
CEP 05716-150  
São Paulo - SP  
E-mail: angelicasphayar@gmail.com

Recebido em 16 de Junho de 2014.

Aceito em 16 Setembro de 2014.

DOI: 10.5935/0104-7795.20140022

## INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento acontece em diversas sociedades e culturas e está condicionado por determinantes biopsicossociais específicos dos diferentes contextos. Em 1950, a expectativa era de que o ser humano vivesse apenas 48 anos. Atualmente, em média, esse tempo aumentou para 68 anos.<sup>1</sup> A Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece que esse fenômeno populacional é um indicador da melhoria da saúde global e do desenvolvimento humano, resultado de incrementos às políticas de saúde pública, previdência e habitação. Está ligado aos baixos índices de fecundidade atuais, mas também à superação de valores, comportamentos e estereótipos.

A expectativa de vida no Brasil cresceu entre os anos de 1999 e 2009, com um aumento em torno de três anos, elevando a média de vida do brasileiro para 73,1 anos de idade. No período avaliado, a expectativa de vida das mulheres passou de 73,9 anos para 77 anos, e a dos homens subiu de 66,3 anos para 69,4 anos.<sup>2</sup>

As mulheres vivem mais do que os homens e constituem a maioria da população idosa, não só no Brasil, mas em todas as regiões do mundo. Isso caracteriza uma transversalização de gênero na questão do envelhecimento. Esse fenômeno denominado pelos estudiosos de “feminização” do envelhecimento está acontecendo associado a projeções epidemiológicas que indicam uma alarmante prevalência de dor crônica no Brasil, principalmente entre as mulheres.<sup>3,4</sup> Estudos mostram que as mulheres relatam dor crônica com mais frequência do que os homens e que a prevalência desse tipo de dor entre as mulheres é especialmente relevante entre as idosas.<sup>4-7</sup>

A dor crônica tem despertado interesse crescente nas últimas décadas e, segundo o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dor Crônica PCDTDC,<sup>8</sup> ainda não existem dados disponíveis no Brasil sobre a sua prevalência na população em geral. Contudo, em 2007, Dellaroza & Matsuo realizaram estudo com 529 idosos na cidade de Londrina, PR, e observaram que 51,44% apresentavam dor crônica.<sup>3</sup>

No Brasil, estudos dedicados ao envelhecimento com dor crônica são quantitativamente pouco expressivos e mais escassos são aqueles que associam o envelhecimento com dor crônica por fibromialgia, transversalizado pela questão de gênero. Sendo assim, o processo de envelhecimento de mulheres acometidas por fibromialgia e o impacto dessa patologia nos âmbitos físico, pessoal e social, agregado

às alterações dele decorrentes, se configurou como o tema central deste estudo, com enfoque sócio histórico que buscou ultrapassar o conceito unilateral biofísico das doenças.

### Representações Sociais

A dor, como toda e qualquer experiência, inscreve-se num campo de significações coletivamente elaborado, e o modo de ser e de agir de um indivíduo, bem como suas diversas experiências, estão diretamente referidos à sociedade à qual pertence. A expressão da dor é regida por códigos culturais que são apreendidos no meio social desde os primeiros momentos da socialização. O lugar social que o indivíduo ocupa pode influenciar sua tolerância à dor, porque dentro de uma sociedade existem diferentes condições socioculturais que qualificam de diferentes formas a realidade da dor. Além disso, a reação do outro face à dor também está relacionada com o lugar que o sujeito ocupa na sociedade, portanto a forma de manifestação da dor precisa fazer sentido para a outra pessoa, deve estar contida na matriz simbólica da sociedade para que seja entendida, ou seja, se configurar em uma representação socialmente compartilhada.

As representações sociais são o conhecimento oriundo do senso comum, são construções elaboradas pelos sujeitos sociais e esses sujeitos interagem e tornam-se interligados pelas representações compartilhadas. Lefèvre & Lefèvre apontam que o indivíduo possui um posicionamento que acredita ser inteiramente seu, mas na realidade é um conjunto de ideias derivadas de matrizes discursivas que estão disponíveis num determinado espaço sócio cultural e num determinado tempo histórico. Assim, o indivíduo adota particularmente uma opinião coletiva.<sup>10</sup>

### Fibromialgia

A fibromialgia é uma doença crônica que acomete o sistema musculoesquelético e que causa grande sofrimento ao doente. Targino<sup>6</sup> afirma que a fibromialgia vem sendo tomada como uma síndrome de redução de tolerância generalizada à dor, que seria decorrente dos baixos níveis de serotonina e altos níveis de substância P no líquido, provavelmente por disfunção de neurotransmissores. É o segundo distúrbio reumatológico mais comum desencadeador de dor musculoesquelética crônica, superado apenas pela osteoartrite. Estudos sobre a prevalência da doença na população em geral indicam frequências entre 1% e 4%, sendo que as mulheres são afetadas até oito vezes mais do que os homens.<sup>11</sup> A fibromialgia tem maior incidência em indivíduos entre 45 e 64 anos, podendo, no entanto, ocorrer

em qualquer época da vida e afetar inclusive crianças e adolescentes. Nesse caso, parece não haver grande diferença na incidência entre meninos e meninas.<sup>6,12</sup> Fernandes<sup>13</sup> toma como base os estudos de Goldstein,<sup>14</sup> segundo os quais a fibromialgia tem tanto uma base genética quanto é consequência de alterações no sistema límbico, decorrentes de experiências traumáticas na infância, doenças e acidentes. Waddell aponta que cerca de metade dos pacientes com fibromialgia se lembram do início da doença relacionando-o com queixas de outras dores que se ampliaram com o passar do tempo e acabaram se manifestando em outras partes do corpo.<sup>15</sup>

## OBJETIVO

### Principal

Desvendar como o processo de envelhecimento associado à dor crônica provocada pela fibromialgia era percebido, sentido e vivido pelas mulheres sujeitos da pesquisa e qual o impacto dessa patologia nos âmbitos, físico, pessoal e social de suas vidas.

### Secundários

Conhecer o perfil socioeconômico, cultural e demográfico de mulheres com fibromialgia usuárias do SUS. Identificar as possíveis alterações no desempenho de papéis familiares e sociais influenciados pela presença da fibromialgia. Conhecer as representações sociais que essas mulheres apresentavam sobre o envelhecer com dor crônica provocado pela fibromialgia.

## MÉTODO

A pesquisa, definida como descritiva, prospectiva, retrospectiva, bibliográfica, quantitativa e qualitativa, teve o projeto submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa - CAPPesq, que lhe conferiu parecer favorável em 17/10/2012, sob nº 128.416. A pesquisa foi desenvolvida no Centro de Pesquisa Clínica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, no período de 10/2012 a 02/2013.

O universo da pesquisa abrangeu 66 mulheres com diagnóstico clínico de fibromialgia, com idades entre 30 e 68 anos de idade, residentes em São Paulo/SP- Brasil. Foram utilizados os seguintes instrumentos para coleta de dados: *Perfil socioeconômico, cultural e demográfico dos usuários do Centro de Pesquisa Clínica do IMREA/HC FMUSP, Questionário de Impacto da Fibromialgia (FIQ)* e depoimentos de fonte oral.

Para a pesquisa quantitativa, foram analisados dados das 66 mulheres, colhidos pelas assistentes sociais em entrevistas presenciais que se inseriam na rotina operacional do Centro de Pesquisas Clínicas. A pesquisa quantitativa foi tratada pelos métodos estatísticos onde, para as variáveis quantitativas, foram utilizadas médias e medianas e desvios padrão mínimo e máximo, a fim de indicar a variabilidade dos dados. As variáveis qualitativas - frequências relativas (%) e frequências absolutas (N).

Para a pesquisa qualitativa, foi selecionado, de forma aleatória, um grupo de quinze das 66 mulheres: cinco na faixa etária entre 30 e 49 anos, cinco entre 50 e 59 anos de idade e cinco de 60 anos e mais. Foram realizadas entrevistas individuais, gravadas e posteriormente transcritas na íntegra, com aplicação de instrumento semiestruturado elaborado conforme metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), sob a forma de um roteiro de perguntas, que tinham objetivos específicos delineados previamente. O instrumento buscou estimular os sujeitos a refletirem, a fim de possibilitar o acesso às representações sociais da dor, da doença e do envelhecimento com dor crônica.

A técnica do Discurso do Sujeito Coletivo também foi utilizada como procedimento metodológico para tratamento dos dados da pesquisa qualitativa. Por meio desta técnica buscou-se as matrizes discursivas contidas nos discursos dessas mulheres para, com base nelas, recuperar as representações sociais que circulavam no grupo.

Ao utilizar o DSC para acessar as representações sociais, buscamos, por meio dos indivíduos depoentes, a matriz discursiva. Ao mesmo tempo em que ela recupera o indivíduo do qual reavemos o pensamento, também recria a matriz comum ao discurso dos indivíduos, já que reúne o pensamento de vários deles.

O DSC vai agregar o que há de semelhante nos depoimentos e separar o que há de diferente no pensamento dos indivíduos, mantendo a matriz discursiva comum entre eles.

## RESULTADOS

Os dados indicam que a maior incidência da fibromialgia está entre as mulheres mais velhas (Quadro 1), demonstrando compatibilidade com estudos que apontam que mulheres idosas sofrem com doenças crônicas, dentre as quais estão as musculoesqueléticas, como a fibromialgia.<sup>6,11,15</sup>

O fato de a maioria declarar conviver com um companheiro acompanha em parte os dados do CENSO 2010,<sup>16</sup> que mostrou que cerca de um terço dos brasileiros vive em algum tipo de

**Quadro 1.** Distribuição quanto à faixa etária e estado civil

Idade	N = 66
30 a 49 anos	19,7%
50 a 59 anos	37,9%
60 anos a 69 anos	42,4%
Estado Civil	N = 66
Casada	47,0%
Solteira	24,2%
Divorciada	7,6%
Separada Judicialmente	12,1%
Viúva	7,6%
Desquitada	1,5%

união conjugal e que houve um crescimento das uniões consensuais, aumentando de 28,6% para 36,4% em relação aos dados do CENSO 2000.<sup>17</sup>

O Quadro 2 vai mostrar que a maior frequência foi de mulheres com quatro anos de estudo, 21,2%, seguidas das que estiveram estudando durante onze anos, 18,2%, e das que estudaram por apenas cinco 12,1%. A prevalência de sujeitos com baixa escolaridade sugere a presença do chamado analfabetismo funcional. Segundo o relatório 2011-2012 do Instituto Paulo Montenegro (IPM)<sup>18</sup> sobre o Índice Nacional de Analfabetismo Funcional (INAF), ocorreram melhorias em relação ao número de pessoas funcionalmente alfabetizadas em todas as faixas etárias no Brasil. Todavia, mantêm-se proporções significativas de pessoas analfabetas, principalmente entre os mais velhos. A escolaridade se configura como elemento de importância significativa quando se trata do acesso aos serviços de saúde, pois pode interferir na comunicação com os profissionais da área, em especial com o médico. A comunicação verticalizada pelo profissional da saúde pode comprometer efetivamente a prevenção e o tratamento das dores e de outras doenças relacionadas ao processo de envelhecimento, tendo em vista que o nível de cognição dos pacientes e a compreensão das explicações oferecidas pelo profissional da saúde podem não alcançar os objetivos almejados.

Com relação à cor da pele (Quadro 3), os resultados obtidos corroboram com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística<sup>16</sup> que mostrou no CENSO 2010 que 91 milhões de pessoas se classificaram como brancas (47,7%), cerca de 82 milhões como pardas (43,1%) e 15 milhões como pretas (7,6%). Os amarelos chegaram a quase dois milhões (1,1%), e os indígenas a 817 mil (0,4%). Estudiosos em demografia acreditam que o aumento da população negra (pretos e pardos) deve-se ao aumento do número de pessoas que agora se declaram

pardas e que antes preferiam dizer que eram brancas. Mas também se deve ao fato de as mulheres negras ainda serem as que mais têm filhos, dentro de um quadro de queda geral na taxa de fecundidade das brasileiras.<sup>19</sup>

A religiosidade é predominante entre essas mulheres. Essa é uma característica marcante do brasileiro, confirmada pelos resultados do CENSO 2010,<sup>16</sup> que mostra também o crescimento da diversidade dos grupos religiosos no Brasil.

A predominância da religiosidade nesse grupo de mulheres pode indicar que elas têm a religiosidade/espiritualidade como uma estratégia de enfrentamento de situações estressantes, como é o caso da convivência com uma dor crônica que não tem perspectiva de cura. Estudo de revisão bibliográfica realizado por Siegel et al.<sup>20</sup> sobre a religiosidade em contextos de saúde e doença indicaram uma associação da religiosidade com a percepção mais positiva da eficácia do enfrentamento de doenças crônicas em idosos e com menores índices de depressão e ansiedade nessa população. Nesse sentido, outro estudo, como o de Ferraro & Kelley-Moore,<sup>21</sup> demonstrou que a religiosidade tem, muitas vezes, uma dimensão central na vida de pessoas idosas e que, com o passar dos anos, se transforma em importante fonte de suporte emocional, com significativas repercussões em sua saúde física e mental.

Quanto à seguridade social (Quadro 4), os dados indicam que 55,4% das mulheres estão em situação de cobertura pela Previdência Social, todavia 44,6% delas não estão cobertas por este Regime. Das 44,6% das mulheres, 69% estão em idade economicamente ativa e não estão inseridas no mercado formal de trabalho - consequentemente não têm direito a receber benefícios instituídos pela legislação previdenciária e trabalhista. Delas, 31% já têm mais de 60 anos de idade e não recebem nenhum tipo de aposentadoria, o que concorre para uma velhice que pode ser permeada por dificuldades.

**Quadro 2.** Distribuição quanto à escolaridade

Escolaridade	N = 66
Analfabeta	6,1
Primário incompleto	10,6
Primário Completo	22,7
1º grau incompleto	18,2
1º grau completo	9,1
2º grau incompleto	4,5
2º grau completo	18,2
Superior incompleto	4,5
Superior completo	4,5

**Quadro 3.** Distribuição quanto à cor e religião

Cor da pele	N = 66
Branca	47,0%
Parda	43,9%
Negra	9,1%
Religião	N = 66
SIM	95,50%
NÃO	4,50%

**Quadro 4.** Distribuição quanto à seguridade social

Seguridade Social	N = 66
Auxílio Doença	9,1%
Auxílio Acidente	1,5%
Aposentadoria/Tempo de Serviço	19,7%
Aposentadoria/Invalidez	13,6%
Pensão por morte	10,6%
LOAS	1,5%

\*LOAS - BENEFÍCIO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL AO IDOSO E AO DEFICIENTE (Social Assistance Benefit to the Elderly and Disabled)

As famílias eram compostas, em sua maioria, por até quatro pessoas, 75,7%, seguidas por aquelas de até seis pessoas, 24,2%. A renda *per capita* é fator de relevância quando queremos observar os níveis de consumo de uma determinada população. A renda *per capita* média das mulheres do grupo pesquisado foi de R\$ 437,50, com uma mediana de R\$ 569,77. Pode-se observar que na média *per capita* as mulheres auferiam menos que o salário mínimo vigente em 2010 - R\$ 510,00. Esses dados corroboram com o CENSO 2010,<sup>16</sup> que mostrou que mesmo com uma tendência de redução nos últimos anos, a desigualdade de renda ainda é significativa no Brasil. Embora a média nacional de rendimento domiciliar *per capita* fosse de R\$ 668,00 em 2010, 25% da população recebia até R\$ 188,00, e metade dos brasileiros recebia até R\$ 375,00, menos do que o salário mínimo vigente naquele ano.<sup>2</sup>

Dessas mulheres 26,7% apresentaram uma pontuação do FIQ acima de 80, indicando um

significativo impacto negativo na vida delas, visto que a pontuação máxima chegou e a média ficou acima de 70 (Tabela 1).

As mulheres apresentaram um tempo médio de convívio com os sintomas da fibromialgia de quinze anos, sendo que o menor tempo referido de dor foi de cinco anos e o maior de 31.

Percebe-se que as Unidades Básicas de Saúde (UBSs) foram às portas de entrada na busca pelo diagnóstico, o primeiro lugar procurado. A partir desses atendimentos aconteceu o encaminhamento para especialistas.

Ao comunicar o diagnóstico, muitas vezes o médico especialista não esclarece ou não consegue expor de maneira clara e objetiva todos os aspectos relativos à doença. Isso pode acontecer tanto pelo fato de os atendimentos acontecerem de forma rápida quanto pelo próprio desconhecimento a respeito da doença. Quando o profissional da saúde faz a comunicação do diagnóstico e não oferece todas as informações sobre a doença, como, por

exemplo, sua característica crônica e o fato de que ela não vai levar a óbito e não vai causar deformidades físicas, deixa questionamentos que ficam rondando o imaginário dessas mulheres. Dependendo da representação social que tenham da doença, os sintomas podem até mesmo se agravar. Em contrapartida, a mais simples das explicações pode ser algo em que se apoiar quando acometidas pelas dores típicas da fibromialgia.

É o médico o profissional que vai dar legitimidade à dor, que vai desvelar os mistérios que envolvem a doença e dar condições para que essas mulheres desenvolvam estratégias para o seu enfrentamento. Mulheres que estão envelhecendo com fibromialgia precisam da legitimação oferecida por esse profissional para ter seus direitos garantidos, porque quando a pessoa está legitimada nos seus direitos, legalmente ela está protegida.

A representação da dor como “frescura” ou simulação causa frustração e raiva, porque implica no fato de que a pessoa não conseguiu transmitir a magnitude do seu sofrimento e que se configurou uma situação de preconceito e descrédito. Com isso, a assistência adequada e no tempo certo pode não ser oferecida, o que implica na possibilidade de a dor, na demora da espera por cuidados, se cronificar e seu tratamento tornar-se cada vez mais difícil.

Uma doença pré-existente, anterior à fibromialgia, foi determinante para que essas mulheres acessassem o sistema de saúde. Foi a partir das implicações decorrentes dessas doenças que elas acabaram por descobrir que também apresentavam sintomas de fibromialgia.

As doenças prévias mencionadas são enfermidades que possuem marcadores aceitos socialmente e cuja existência pode ser comprovada por exames. A representação social que existe nesses casos é de que é preciso atender prontamente o paciente, dar acolhimento e oferecer tratamento, exatamente como se dá a quem tem uma dor causada por um corte, uma fratura ou mesmo em decorrência de doenças como o câncer (mesmo quando já foi curado).

[...] A médica de lá disse: “O seu problema é uma doença chamada fibromialgia, que a gente não sabe de onde veio nem sabemos ainda a cura dela” [...].

Nessa fala, a médica dá o diagnóstico e situa a posição da ciência em relação à doença e ao tratamento. A definição do diagnóstico e prognóstico da doença oferece às pacientes condições para a organização do seu cotidiano, possibilitando que respeitem os apelos do corpo e busquem apoio em sua rede social quando necessário.



**Tabela 1.** Pontuações do Questionário de Impacto da Fibromialgia (score FIQ)

		SCORE FIQ	IDADE	ANOS ESTUDO	QTAS PESSOAS	RENDA PER CAPITA
N	Valido	15	15	15	15	15
	Perdas	0	0	0	0	0
Média		70,55960	53,47	6,73	3,13	548,18
Mediana		70,03500	55,00	5,00	3,00	400,00
Moda		53,161 <sup>a</sup>	55	4	2	400
Desvio padrão		10,571129	9,738	3,918	1,302	495,364
Valor mínimo		53,161	33	1	1	136
Valor máximo		85,519	65	14	5	1900
Percentil	25	66,83200	47,00	4,00	2,00	212,50
	50	70,03500	55,00	5,00	3,00	400,00
	75	81,12600	63,00	11,00	4,00	640,00

A partir dos Discursos do Sujeito Coletivo pode-se depreender que a fibromialgia e seus sintomas, principalmente a dor crônica, causam impacto negativo muito expressivo na vida de todas elas, o que vem corroborar com os resultados obtidos na aplicação do FIQ e com outros estudos que usaram o mesmo instrumento de pesquisa.<sup>22,23</sup> Segundo levantamento de Targino<sup>6</sup> quando comparada a outras doenças reumatológicas, a fibromialgia apresenta os maiores níveis de dor, incapacidade funcional e estresse psicoafetivo. Martinez<sup>24</sup> e Kaplan<sup>25</sup> também indicam que a fibromialgia se configura como uma das doenças que maior prejuízo causa na qualidade de vida das pessoas, tendo grande impacto no cotidiano e ocasionando importantes rupturas na rotina dos pacientes. Segundo esses autores, pacientes com fibromialgia apresentam pior qualidade de vida do que pacientes com outras doenças crônicas, como artrite reumatoide, doença pulmonar obstrutiva crônica, lúpus erimatoso sistêmico e até mesmo câncer.

A intensidade da dor inviabiliza, muitas vezes, a execução de tarefas cotidianas e o trabalho. Isso desencadeia uma série de eventos conflituosos, que permeiam, então, o cotidiano dessas mulheres. Elas atribuem a origem de suas dores a tais conflitos. São as “[...] dores de tristeza, tanto no corpo como na alma”.

As mulheres do grupo pesquisado apresentaram características de personalidade em comum, destacadamente uma tendência ao perfeccionismo. Talvez exista a necessidade de controlar as situações e, quando essa possibilidade é perdida, a dor toma conta de seus corpos.

*Eu tenho pra mim que a fibro começou por aí. É os maus-tratos da vida da gente, né?*

Nesta fala, fica expressa a representação da doença como um desequilíbrio que afeta não só o corpo, mas a alma, o espírito. Segundo

Minayo,<sup>26</sup> as doenças espirituais se referem ao conjunto de ansiedades e insatisfações pelas dificuldades da vida. A autora salienta que entender essas “doenças do espírito”, “doenças sentidas”, é um grande desafio para o modelo biomédico, porque esse modelo “não possui um quadro de referência para lidar com as sensações experimentadas no corpo marcado pela exclusão dos bens necessários à manutenção da vida individual e social”.

As mulheres reagem à dor elaborando estratégias de enfrentamento focalizadas no problema, na dor em si. Buscando maneiras de lidar com ela, passam a controlar ou lidar melhor com esse desafio cotidiano que é conviver com a dor. Nesse sentido, enfrentam a adversidade de sua condição com estratégias ativas de aproximação em relação ao estressor (a própria dor), como, por exemplo, procurando solucionar problemas imediatos ou buscando alternativas que facilitam seu dia a dia.

*Eu passo por cima das dores e finjo que não tenho nada, eu procuro (espairecer), né? Escutar um rádio, assistir uma televisão, ler um livro. Eu tento esquecer que tô com dor, pra mim fazer minhas coisa.*

As mulheres reagem à dor de uma maneira ou de outra. Aprendem a realizar as tarefas mesmo sentindo dores e “não se entregam”. Percebe-se nesse comportamento uma reação pró-ativa em relação às limitações impostas pela condição que enfrentam, apresentando-se aqui uma qualidade que a psicologia, extraindo o conceito da física, denomina de resiliência.

## CONCLUSÃO

O estudo evidenciou que o acesso ao tratamento decorreu, quando em tempo adequado, de patologias pré-existentes, como

câncer, depressão, dor na coluna entre outras. Tal achado revela de modo enfático o quanto a fibromialgia ainda está associada a um alto grau de desconhecimento por parte dos profissionais que compõem as equipes de saúde, o que contribui para desqualificar a assistência em saúde em nossa realidade. Além disso, a fibromialgia, por não ser uma doença visível, tende a ser desacreditada, acarretando insegurança, desconforto, frustração, baixa autoestima e sentimentos de culpabilidade, além de processos de exclusão social e familiar e isolamento.

A representação social da fibromialgia como doença associada a aspectos de ordem psicossomática ou mesmo de origem inexistente pode influenciar na inviabilização do acesso a direitos trabalhistas e previdenciários. É uma representação social que pode ter um papel discriminatório e excludente e deve ser combatida com a difusão de informações sobre a doença entre os profissionais da saúde desde o âmbito acadêmico.

O processo de envelhecimento, quando associado à dor crônica, não parece ser fenômeno evidente para as mulheres que o atravessam. O que mais se destaca é a dor em si, uma “entidade” que as acompanha no dia a dia e demanda inúmeras estratégias de enfrentamento. São requeridas, em especial, estratégias para enfrentar as sensações e emoções provocadas pela presença insidiosa da dor. É como se o envelhecimento passasse ao lado. E isso pode, muitas vezes, escamotear a presença dos sintomas físicos e psíquicos típicos de algumas etapas inerentes à condição feminina, como a menopausa por exemplo.

O atual modelo brasileiro de atenção à saúde está centrado no tratamento de casos agudos e ainda não responde de forma eficiente à realidade atual, em que as doenças crônicas tornaram-se um importante problema de saúde. O crescimento da população idosa e o consequente incremento das doenças crônicas implicam na necessidade de ultrapassar o modelo de saúde predominante e adotar o conceito de tratamento de longo prazo, abarcando todo o curso da vida, numa perspectiva de promoção global da saúde, a fim de diminuir as vulnerabilidades sociais às quais estão expostos os idosos - e, em especial, as mulheres que são foco desta pesquisa -, na fase mais tardia de suas vidas.

## REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2005.

2. Ansiliero G. CENSO 2010: primeiros resultados e implicações para a Previdência Social. Informe da Previdência Social. 2011;23(5):3-16.
3. Dellaroza MSG, Pimenta CAM, Matsuo T. Prevalência e caracterização da dor crônica em idosos não institucionalizados. Cad saúde pública. 2007;23(5):1151-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000500017>
4. Kreling MCGD, Cruz DALM, Pimenta CAM. Prevalência de dor crônica em adultos. Rev Bras Enferm. 2006;59(4):509-13. DOI:<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672006000400007>
5. Birse TM, Lander J. Prevalence of chronic pain. Can J Public Health. 1998;89(2):129-31.
6. Targino RA. Tratamento da dor na fibromialgia com acupuntura [Tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2007.
7. Neumann L, Buskila D. Epidemiology of fibromyalgia. Curr Pain Headache Rep. 2003;7(5):362-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s11916-003-0035-z>
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 1083, de 12 de outubro de 2012. Considerando a necessidade de se atualizarem parâmetros sobre a dor crônica no Brasil e de diretrizes nacionais para diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos indivíduos com esta condição [texto na Internet]. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF); 2012 Out 2 [citado 2013 Ago 6] Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/prt1083\\_02\\_10\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/prt1083_02_10_2012.html)
9. Lefèvre F, Lefèvre AMC. Pesquisa de representação social: um enfoque qualiquantitativo: a metodologia do discurso de sujeito coletivo. Brasília: Liber Livro; 2010.
10. Wolfe F. The relation between tender points and fibromyalgia symptom variables: evidence that fibromyalgia is not a discrete disorder in the clinic. Ann Rheum Dis. 1997;56(4):268-71. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/ard.56.4.268>
11. Buskila D, Neumann L, Hershman E, Gedalia A, Press J, Sukenik S. Fibromyalgia syndrome in children-an outcome study. J Rheumatol. 1995;22(3):525-8.
12. Fernandes AMC. Representação social da dor por doentes de fibromialgia [Dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2003.
13. Goldstein JA. Betrayal by the brain. New York: Haworth Medical; 1996.
14. Waddell D. Fibromialgia. In: Catalano EM, Hardin KN. Dores crônicas: um guia para tratar e prevenir. São Paulo: Summus; 2004. p. 191-8.
15. Berber JSS, Kupek E, Berber SC. Prevalência de depressão e sua relação com a qualidade de vida em pacientes com síndrome da fibromialgia. Rev Bras Reumatol. 2005;45(2):47-54. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0482-50042005000200002>
16. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Populacional 2010. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.
17. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Populacional 2000. Rio de Janeiro: IBGE, 2000.
18. Instituto Paulo Montenegro. Indicador de analfabetismo funcional: principais resultados. [texto na Internet] São Paulo: IPM [citado 2013 Ago 5]. Disponível em: [http://www.ipm.org.br/download/informe\\_resultados\\_inaf2011\\_versao%20final\\_12072012b.pdf](http://www.ipm.org.br/download/informe_resultados_inaf2011_versao%20final_12072012b.pdf)
19. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Dinâmica demográfica da população negra brasileira. Brasília (DF): IPEA; 2011. n. 91. [Comunicados do IPEA].
20. Siegel K, Anderman SJ, Schrimshaw EW. Religion and coping with health-related stress. Psychology and Health. 2001;16:631-53. DOI:<http://dx.doi.org/10.1080/08870440108405864>
21. Ferraro KF, Kelley-Moore JA. Religious consolation among men and women: do health problems spu seeking? J Sci Stud Religion. 2000;39:220-34.
22. Marques AP, Santos AMB, Assumpção A, Matsutani LA, Lage LV, Pereira CAB. Validação da versão brasileira do Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ). Rev Bras Reumatol. 2006;46(1):24-31. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0482-50042006000100006>
23. Marques AP. Qualidade de vida de indivíduos com fibromialgia: poder de discriminação dos instrumentos de avaliação [Tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2004.
24. Martinez JE, Atra E, Fontana AM, Dacol EA, Castro PD, Amaral RA, et al. Aspectos psicológicos em mulheres com fibromialgia. Rev Bras Reumatol. 1992;32(2): 51-60.
25. Kaplan RM, Schmidt SM, Cronan TA. Quality of well being in patients with fibromyalgia. J Rheumatol. 2000;27(3):785-9.
26. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2000.