

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

ANA CATARINA DA COSTA CAMPOS

**EXPERIÊNCIAS DE ADVERSIDADE PRECOCE E SINTOMAS
MEDICAMENTE NÃO EXPLICADOS: O CASO PARTICULAR DA
FIBROMIALGIA**

ARTIGO DE REVISÃO

ÁREA CIENTÍFICA DE PSIQUIATRIA

**TRABALHO REALIZADO SOB A ORIENTAÇÃO DE:
PROFESSOR DOUTOR MANUEL JOÃO RODRIGUES QUARTILHO**

MARÇO/2013

Índice

Página de Título.....	II
Resumo.....	III
Abstract.....	V
Lista de Abreviaturas.....	VII
Introdução.....	1
Materiais e Métodos.....	2
Resultados e Discussão - Experiências de adversidade precoce.....	3
- Síndromes Somáticas Funcionais.....	6
- O caso particular da Fibromialgia.....	8
- Fibromialgia e Experiências de Adversidade Precoce.....	9
- Críticas à relação entre Experiências de Adversidade Precoce e Fibromialgia.....	13
- Fisiopatologia da Fibromialgia e sua relação com fatores de stress psicossociais.....	18
- Implicações clínicas.....	20
Conclusão.....	24
Agradecimentos.....	25
Referências Bibliográficas.....	26

Experiências de Adversidade Precoce e Sintomas Medicamente Não Explicados: O Caso Particular Da Fibromialgia

Adverse Childhood Experiences and Medically Unexplained Symptoms: The Particular Case of Fibromyalgia

Autor: Ana Catarina da Costa Campos¹

¹Mestrado Integrado em Medicina, Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal

Orientador: Professor Doutor Manuel João Rodrigues Quartilho – Serviço de Psiquiatria do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE

Endereço de correio eletrónico: camposcaterina21@gmail.com

Resumo

Vários estudos têm tornado aparente de como as experiências de adversidade precoce podem influenciar a vida das suas vítimas, nomeadamente no que diz respeito às suas consequências a nível da saúde tanto física como mental dos indivíduos. O objetivo deste trabalho é o de efetuar uma revisão bibliográfica, aprofundada e atualizada, relativamente às experiências traumáticas de adversidade precoce, investigando, sobretudo, até que ponto poderão relacionar-se mais tarde com o desenvolvimento de síndromes somáticas funcionais em geral, e de fibromialgia em particular. As implicações clínicas de tal relação são, também, exploradas.

Foi realizada uma pesquisa na PubMed, MEDLINE e PsycINFO para obtenção de material bibliográfico publicado entre 1990 e 2012. Deu-se especial relevância às publicações mais recentes, pertencentes a revistas científicas de maior impacto e provenientes de autores de referência.

Apesar das fortes evidências a favor de uma relação entre o abuso infantil e o desenvolvimento de várias síndromes dolorosas no adulto, esta relação tem sido frequentemente questionada sobretudo devido a várias questões de ordem metodológica dos estudos elaborados que não permitem obter conclusões definitivas. Também não existe consenso absoluto sobre se a revelação de experiências de abuso por parte destes doentes trará ou não benefícios a nível da sua abordagem terapêutica. Em todo o caso, o clínico deve ter conhecimento da forma de abordar corretamente estas questões com os seus pacientes. Sugere-se que mais investigações sejam elaboradas até que surjam soluções mais definitivas de forma a otimizar a ajuda a prestar a estes doentes e ao alívio do seu sofrimento.

Salienta-se também a importância da identificação e abordagem precoce das crianças vitimizadas, com o objetivo de lhes oferecer a oportunidade de se submeterem a estratégias

interventivas que visem a amenização dos efeitos adversos dos maus-tratos. Torna-se assim possível atuar a título preventivo, numa atitude proativa que tem o potencial de trazer benefícios significativos ao desenvolvimento destas crianças.

Palavras-chave: fibromialgia; experiências de adversidade precoce; síndromes somáticas funcionais; abuso físico; abuso sexual; negligência.

Abstract

Several studies have shown how adverse childhood experiences may influence the life of their victims, namely in what concerns its consequences on the individual's physical and mental health. The objective of this study is to undertake an in-depth and updated bibliographic review of the literature on adverse childhood experiences, investigating, mainly, the extent to which it can be related with the future development of functional somatic syndromes in general and, in particular, fibromyalgia. The clinical implications of this relationship are also explored.

PubMed, MEDLINE and PsycINFO databases were searched to retrieve bibliographic material published between 1990 and 2012. Special relevance was given to more recent publications, namely those belonging to scientific journals with higher impact, and those from key authors in the field.

In spite of strong evidence favoring a relationship between child abuse and the development of many painful syndromes in adulthood, this relationship has been frequently challenged mainly due to several methodological issues which do not enable researchers to obtain definitive conclusions. There is also no consensus on whether or not the revelation of abuse experienced by these patients has any benefit on their therapeutic approach. In any case, the caregiver must know how to correctly approach these issues with their patients. It is suggested that further research be undertaken until more definitive solutions are found to optimize the clinical help provided to these patients and minimize their pain.

It is also important to highlight the importance of identifying and dealing with child abuse early on, in order to provide children with the chance to undergo interventional strategies that seek to reduce the adverse effects caused by the abuse. Thus, it is possible to

act in a preventive manner, adopting a pro-active attitude which has the potential to provide significant benefits to the development of these children.

Key-words: fibromyalgia; adverse childhood experiences, functional somatic syndromes; physical abuse; sexual abuse; neglect.

Lista de Abreviaturas

ACE – Adverse Childhood Experiences

AR – Artrite Reumatóide

EAP – Experiências de Adversidade Precoce

FM – Fibromialgia

HHS – Hipotálamo-hipófise-suprarrenal

SFC – Síndrome da Fadiga Crónica

SSF – Síndrome/s Somática/s Funcional/ais

Introdução

Vários estudos têm tornado aparente de como as experiências de adversidade precoce (EAP) podem influenciar a vida das suas vítimas, especialmente no que diz respeito às suas consequências a nível da saúde tanto física como mental dos indivíduos. Nomeadamente, muitas dessas investigações debruçam-se sobre se estas experiências traumáticas podem influenciar o aparecimento e a evolução da fibromialgia (FM), assim como de outras síndromes somáticas funcionais (SSF).

Dada a relevância que esta relação pode ter não só ao nível da abordagem terapêutica destes doentes como também sobre o próprio conhecimento que possuímos sobre estas doenças, torna-se de cabal importância discutir a veracidade e extensão destas influências.

Este trabalho tem como objetivo fazer uma revisão da literatura relativamente às experiências traumáticas de adversidade precoce, com a finalidade de explorar até que ponto poderão relacionar-se mais tarde com o desenvolvimento de SSF em geral, e de FM em particular, analisando também as implicações clínicas de tal relação. Colocam-se em confronto os vários resultados e pontos de vista defendidos por diferentes autores, constatando a acesa discussão e controvérsia que o tema tem gerado na comunidade científica.

Materiais e Métodos

Foi realizada uma pesquisa na PubMed, MEDLINE e PsycINFO para obtenção de material bibliográfico sobre os temas: “experiências de adversidade precoce”; “síndromes somáticas funcionais”; “fibromialgia; “abuso físico, sexual e negligência”, de 1990 até dezembro de 2012, tendo sido também pesquisada literatura de referência sobre as mesmas temáticas. Deu-se especial relevância às publicações nacionais e internacionais mais recentes, pertencentes a revistas científicas de maior impacto, provenientes de autores de referência nestas áreas, e que apresentavam maior relação e interesse com os objetivos do estudo a desenvolver.

Resultados e Discussão

Experiências de adversidade precoce

É comum nos estudos epidemiológicos, e também na prática clínica, que se procure exaustivamente os fatores de risco imediatos que conduzem ao desenvolvimento das doenças que os pacientes apresentam, tais como a dieta, hábitos tabágicos, hipertensão arterial ou o próprio estilo de vida. No entanto, de acordo com Link e Phelan (1995), [1] mais importante do que encontrar as causas imediatas que possam contribuir de forma direta para o desenvolvimento de uma doença, os chamados “fatores de risco proximais”, é encontrar as causas das causas, isto é, aquilo que propicia o indivíduo a possuir determinados fatores de risco, ou, por outras palavras, as causas fundamentais. Assim, é defendido que os fatores de risco se desenvolvem num determinado contexto, e que este contexto deve ser avaliado com o objetivo de tentar perceber o que leva um indivíduo a expor-se a determinados fatores nefastos, ou até de protecção, e que vão influenciar mais tarde a eclosão ou o curso de várias doenças. Emerge assim a preocupação em relacionar o contexto, nomeadamente psicológico e social, em que aquela doença que o doente apresenta se desenvolve, em vez de nos focarmos apenas em atribuir uma validação biológica baseada em causas próximas que justifiquem o estado atual do paciente.

Dentro destas “causas fundamentais” destacam-se as chamadas EAP. Estas tratam-se de situações de vida como o abuso infantil (definido pela World Health Organization como “todas as formas de maus-tratos físicos e/ou emocionais, abuso sexual, negligência ou tratamento negligente, trabalho infantil ou outro tipo de exploração, que resulta em dano real ou potencial para a saúde da criança, a sua sobrevivência, desenvolvimento ou dignidade, no contexto de uma relação de responsabilidade, confiança ou poder), [2] assim como situações graves de perda, a pobreza extrema ou a vivência em lares disfuncionais, entre outros, que

ocorrem em fases precoces do desenvolvimento e que têm um impacto negativo na vida de quem as sofre. Estas EAP deixam assim cicatrizes que podem condicionar vários problemas futuros.

O abuso infantil ocorre em números assustadoramente elevados. Num estudo realizado em 2003 na população geral adulta dos Estados Unidos [3] apurou-se que cerca de 14,2% dos homens e 32,3% das mulheres relatavam terem sofrido experiências na infância que satisfaziam os critérios de abuso sexual; e que 22,2% dos homens e 19,5% das mulheres satisfaziam os critérios de abuso físico. Estas percentagens serão ainda mais elevadas entre os utilizadores das unidades de atendimento médico em comparação com a população em geral, pois existe uma maior propensão para a procura de cuidados clínicos por parte das vítimas de abuso devido às suas sequelas tanto físicas como psicológicas. [4] Alguma literatura sugere também que quem sofreu maus-tratos em criança tem uma maior probabilidade de vir a sofrer também episódios de abuso durante a vida adulta. [5] Para além de tudo, é preciso ainda atentar à possibilidade de uma grande parte das situações de abuso permanecerem eventualmente encobertas devido ao medo, ao estigma e à má aceitação social deste tipo de situações, o que significa que a realidade pode ser ainda mais preocupante que a expressa nestes números.

Para explorar e relacionar as consequências a longo prazo de várias EAP e a sua relevância a nível dos problemas médicos do adulto foi desenvolvido o estudo ACE (Adverse Childhood Experiences, 1998), [6] de carácter prospetivo e retrospectivo. Neste, foram avaliadas três medidas de abuso na infância (psicológico, físico e sexual); e quatro medidas de disfunção familiar (abuso de substâncias, doença mental, violência doméstica e antecedentes criminosos), que foram avaliadas na sua ocorrência até aos 18 anos de idade. Estes foram depois relacionados com a presença de diversos fatores de risco, múltiplas doenças e o estado geral de saúde dos indivíduos na idade adulta. O resultado foi que mais de metade dos

participantes tinham experienciado pelo menos uma categoria de adversidade precoce, e cerca de 6,2% relataram terem sido expostos a 4 ou mais categorias; e um indivíduo que tivesse sido exposto a uma das categorias de abuso ou disfunção familiar tinha grande probabilidade de também ter sido exposto a pelo menos mais uma. Foi encontrada uma relação forte entre a exposição a abuso ou a vivência numa família disfuncional durante a infância e a presença de múltiplos fatores de risco que contribuem para as maiores causas de morte nos adultos americanos. Condições como doença isquêmica cardíaca, cancro, doença pulmonar crónica, fraturas ósseas e doença hepática mostraram uma relação robusta com a exposição às EAP em estudo. Estes resultados sugeriram que o impacto destas exposições traumáticas na saúde no adulto era forte e cumulativa.

Em estudos subsequentes as relações encontradas no estudo ACE foram reafirmadas. Foi demonstrado que a presença de problemas de saúde se encontra claramente aumentada naqueles indivíduos que foram vítimas de abuso físico e sexual na infância, e também que estas pessoas relatam mais sintomas dolorosos em associação com as suas doenças. Para além disso pensa-se que os fatores de stresse que se encontram presentes no nosso dia-a-dia moderam de alguma forma a relação entre abuso e saúde, de tal forma que esses fatores de stresse (por exemplo, conflitos profissionais) duplicam as influências negativas do abuso ocorrido na infância ao nível da saúde no adulto. [7]

Uma meta-análise bastante recente [8] tinha como objetivo sumarizar os dados existentes sobre os maus-tratos infantis de carácter não sexual, (i.e. abuso físico, emocional e negligência), e a suas possíveis consequências a nível da saúde mental e física das suas vítimas no futuro. Os resultados sugeriram a existência de uma forte relação entre a exposição a este tipo de maus-tratos infantis e um maior risco de desenvolvimento de uma gama de distúrbios mentais, maior propensão ao consumo de drogas e a comportamentos suicidas, assim como ao desenvolvimento de comportamentos sexuais de risco e a aquisição de

infecções sexualmente transmissíveis no futuro. Este estudo veio, assim, renovar a hipótese da existência de uma relação entre o abuso infantil e o desenvolvimento de problemas de saúde no futuro.

Síndromes Somáticas Funcionais

Um grupo particular de doenças com as quais também se tem estabelecido uma forte relação com experiências de abuso são as chamadas “SSF”. Este conjunto de síndromes distingue-se pelo facto dos doentes possuírem uma miríade de sintomas somáticos que são caracterizados como sendo “medicamente não explicados”, associados a uma maior ou menor incapacidade física e muitas vezes até intelectual e um grande sofrimento, mas sem existir a presença de qualquer alteração demonstrável a nível biológico ou estrutural, nem a presença de qualquer outra doença médica ou psiquiátrica que possa explicar a presença destes sintomas. [9,10]

Alguns sintomas frequentes que podemos encontrar nessas síndromes passam por fadiga, perturbações do sono, cefaleias, dores musculares e articulares, problemas de memória e concentração, alterações gastrointestinais, ansiedade, depressão e irritabilidade, entre muitos outros. A verdade é que muitos destes sintomas são transversais a várias das SSF hoje reconhecidas, e para além disso são sintomas que são muito frequentes na população em geral. Esta falta de elementos que caracterizem de forma específica as várias doenças que constituem este grupo de síndromes torna difícil a distinção entre elas. [9] Assim, quando um paciente recorre a um médico especialista este terá uma maior tendência para valorizar os sintomas que dizem respeito à sua área de especialidade. Existem várias doenças que cabem na definição de SSF em múltiplas especialidades: a neurologia possui as cefaleias de tensão; a reumatologia a FM; a gastroenterologia possui a síndrome do intestino irritável; a cardiologia a dor torácica não cardíaca; a ginecologia a dor pélvica crónica, só para dar alguns exemplos.

É como se a existência de várias SSF fosse uma consequência do alto grau de especialização médica. Assim, devido ao elevado grau de sobreposição entre as várias SSF, no que diz respeito não só à partilha de sintomas mas também em termos epidemiológicos e de tratamento, existe mesmo quem proponha [11] que se considerassem estas síndromes como um conjunto e não como doenças individuais, apesar de tal conceito ter sido criticado e revisitado. [12]

Não será também surpreendente, dado o que foi referido anteriormente, que estas síndromes tenham uma grande tendência de co-ocorrerem no mesmo paciente. Por exemplo, os pacientes que possuem FM frequentemente sofrem de forma concomitante de outras SSF como a síndrome da fadiga crónica (SFC), a síndrome do intestino irritável, doença temporomandibular e cefaleias crónicas, entre outros. [13]

Outra característica deste conjunto de síndromes é o facto de estas possuírem taxas bastante elevadas de comorbilidade com doenças psiquiátricas, particularmente ansiedade, depressão e doenças somatoformes. [9,14]

No que diz respeito à associação entre histórias de abuso e o desenvolvimento de SSF existem múltiplas evidências que confirmam a positividade desta relação, como foi possível apurar em múltiplas investigações ao nível, por exemplo, da SFC, [15,16] da síndrome do intestino irritável, [17] da síndrome da dor pélvica crónica, [18, 19] e da FM como veremos adiante, entre muitas outras SSF.

O caso particular da Fibromialgia

Uma das SSF sobre a qual existem mais estudos que a relacionem com EAP é a FM. Esta é uma síndrome músculo-esquelética crónica, não inflamatória, caracterizada mais comumente por dores generalizadas e fadiga, provocando nas suas vítimas uma grande incapacidade e sofrimento, tanto física como emocional. Os critérios de diagnóstico desta síndrome, segundo o Colégio Americano de Reumatologia em 1990, [20] eram, sumariamente, a presença de dor generalizada (i.e. dor acima e abaixo da cintura, de ambos os lados do corpo, e envolvendo o esqueleto axial) durante pelo menos 3 meses, associado a dor à palpação digital em 11 ou mais dos 18 pontos sensíveis estabelecidos. Estes critérios, apesar de terem sido muito importantes na medida em que identificaram o limiar reduzido à dor como um dos grandes achados da FM e de terem inserido o conceito de dor generalizada, baseavam-se sobretudo na presença dos tais “pontos fibromiálgicos”, ignorando assim outros sintomas chave desta doença. Devido a esta e a outras críticas tecidas sobre estes critérios, em 2010 foram publicados, também pelo Colégio Americano de Reumatologia, novos critérios preliminares de diagnóstico para a FM. [21] Nestes, abandonou-se a contagem dos pontos fibromiálgicos e deu-se uma maior atenção aos sintomas apresentados pelo doente, sendo que estes novos critérios assentam no número de regiões corporais dolorosas (índice de dor generalizada), na presença e severidade de fadiga, sono não reparador e sintomas cognitivos (escala de severidade sintomática), e incluindo ainda a avaliação da presença e extensão de sintomas somáticos. Desta forma, o paciente satisfaz os critérios diagnósticos de FM se: 1) obtiver uma pontuação igual ou superior a 7 no índice de dor generalizada e uma pontuação igual ou superior a 5 na escala de severidade sintomática; ou uma pontuação entre 3 e 6 no índice de dor generalizada e uma pontuação igual ou superior a 9 na escala de severidade sintomática; 2) os sintomas devem estar presentes mantendo a sua gravidade durante pelo

menos três meses; 3) o paciente não pode padecer de outra doença que possa explicar a origem da dor.

A FM é bastante frequente na prática clínica, estimando-se que, usando os critérios de diagnóstico do Colégio Americano de Reumatologia de 1990, afete cerca de 2 a 5% de toda a população e represente cerca de 2 a 7% das consultas de clínica geral e 15 a 20% de todas as consultas de Reumatologia. [22] Da população atingida, a esmagadora maioria são mulheres, numa proporção de aproximadamente 6 a 10:1 entre os 30 e os 50 anos de idade. [23]

Fibromialgia e Experiências de Adversidade Precoce

O papel das EAP como o abuso emocional, físico e sexual tem vindo a ser bastante discutido ao nível das SSF, em particular no caso da FM. Como se vai observar nas próximas linhas, são múltiplos os estudos que declaram a existência de uma relação importante entre as experiências de abuso, não só durante a infância como também na vida adulta, e o desenvolvimento e perpetuação da FM.

Uma das várias investigações desenvolvidas [24] avalia a influência dos fatores psicossociais na FM e compara-os na artrite reumatóide (AR), permitindo concluir uma série de dados sobre esta SSF. Assim, apurou-se que, em comparação com os doentes com AR, os doentes que sofriam de FM possuíam uma prevalência muito mais elevada de todas as formas de vitimização (abuso sexual, físico e emocional) ao longo das suas vidas. Os pacientes com FM apresentavam também taxas superiores de abuso continuado, ou seja, experiências de abuso que se iniciavam na infância e depois se estendiam durante a vida adulta. Para além disso a severidade do trauma foi correlacionada de forma significativa com a incapacidade tanto física como psicológica demonstrada pelos pacientes com FM, mas não naqueles sofrendo de AR. As correlações encontradas sugerem que as EAP, para as quais não houve intervenções oportunas, podem ser expressas ao longo do tempo através do aparecimento de

sintomas físicos medicamente não explicados, e que nos pacientes com FM a presença de histórias de abuso pode ser também um marcador para maiores níveis de limitação física e respostas mais limitadas ao tratamento, enquanto os mesmos fatores de stresse nos pacientes com AR são menos preditivos da severidade da doença e do seu impacto.

Achados semelhantes foram encontrados em estudos posteriores envolvendo pacientes sofrendo de FM e SFC, [16] e também em pacientes sofrendo de dor crónica medicamente não explicada. [25] Uma outra conclusão transversal a estes estudos é a de que mais importante do que nos focarmos em ocorrências específicas de abuso físico ou sexual, será a de perceber a relação entre FM e a qualidade de vida familiar global durante a infância. As questões focadas apenas no abuso sexual ou físico não fornecem uma visão alargada de outras fontes de stresse de carácter psicossocial que podem interagir e influenciar as experiências de abuso, tornando-se claro de que estas não ocorrerão, à partida, de forma isolada. Por exemplo, uma investigação [26] foi bem-sucedida a provar que o abuso sexual infantil se encontra associado a outras formas de abuso, negligência e disfunções familiares. Mullen et al. (1993), [27] também já tinha documentado que o abuso sexual infantil pode representar apenas uma de muitas outras EAP que ocorrem dentro de um contexto familiar problemático, e que a relação entre o abuso e as suas consequências negativas na vida e na saúde do adulto são melhor percebidas tendo em conta o contexto global do qual emergem. Colocou-se assim a hipótese [16] de que nenhuma forma particular de abuso tem maior probabilidade de ser patogénica, mas antes que a vitimização é uma experiência global de desamparo e impotência face a um confronto com uma situação duradoura de negligência, violência e caos.

Um estudo que tinha em conta o contexto familiar em que as experiências de abuso ocorriam [28] permitiu reafirmar que de facto os pacientes com FM revelavam scores mais elevados de eventos adversos na infância, e que, para além dos maus-tratos físicos e sexuais, estes pacientes relatavam também mais frequentemente uma relação emocional pobre com

ambos os pais, falta de afeto, testemunhos de rixas conjugais, assim como alcoolismo e outros problemas de adição nos progenitores, separação e condições financeiras precárias.

Uma meta-análise muito recente [29] confirma as conclusões dos estudos posteriores. Baseada num total de 18 estudos, esta revelou a existência de uma relação significativa entre FM e o auto-registo de abuso físico e sexual, tanto na infância como durante a vida adulta. Neste estudo não foi evidente uma relação entre FM e abuso emocional nestes mesmos períodos. No entanto é preciso ter em atenção que o abuso emocional pode ser subtil, é difícil de operacionalizar e é definido de diferentes formas entre os vários estudos. Desta forma, foi concluído que a força desta associação poderá encontrar-se subestimada, revalidando-se a associação estreita entre EAP e o desenvolvimento de FM.

Numa outra investigação levada a cabo, [30] foram realizados dois estudos numa amostra mista de pacientes com o diagnóstico de FM e/ou SFC. No primeiro estudo tentou-se responder à questão de se as experiências de vitimização eram mais prevalentes e severas nestes doentes. Os resultados, numa amostra de 95 pacientes com FM/SFC, foram de que 64% relatavam ter sido vítimas de pelo menos um tipo de experiência traumática na infância ou durante a vida adulta, em comparação com os 42% obtidos no grupo de controlo constituído por indivíduos com doença crónica orgânica, e os 49% obtidos num outro grupo de controlo constituído por indivíduos saudáveis. O impacto emocional causado pelas experiências de adversidade era também significativamente maior no grupo em estudo do que nos dois grupos de controlo. Um outro achado importante foi o facto de uma elevada percentagem de pacientes (39%) relatarem ter sido vítimas de experiências de abuso não só durante a infância como também durante a vida adulta, isto é, foram vítimas de abuso ao longo da vida. Estes dados sugerem que muitos dos pacientes com FM/SFC permanecem, desde os primeiros anos de vida, emaranhados num contexto de relações familiares caóticas, ameaçadoras, exigentes e com falta de cuidados parentais. No segundo estudo foi usada uma

amostra maior de doentes diagnosticados com SFC e/ou FM (N=199), e os doentes vítimas de abuso foram comparados com os que não relatavam tais episódios. Observou-se assim que os pacientes que tinham sido vítimas de abuso (N=119) apresentavam um maior número de sintomas físicos do que os outros pacientes não vitimizados. Os primeiros apresentavam também um maior prejuízo do seu funcionamento mental e maior falta de atividade e motivação. Os pacientes com história de abuso físico relatavam sofrer de maiores níveis de dor do que os restantes doentes. Os autores concluíram que estes resultados sugerem que os doentes com FM/SFC que tinham sido vítimas de abuso sofriam mais tanto física como psicologicamente em comparação com outros doentes que não apresentavam tais experiências. [30]

Neste segundo tempo da investigação anteriormente descrita fica claro que as experiências de abuso poderão não só ter alguma influência no desencadear da doença, como também podem modular a sua sintomatologia e influenciar o seu curso. Com base em vários estudos foi aparente que os pacientes com o diagnóstico de FM que sofreram experiências de abuso recorriam mais frequentemente a cuidados médicos e possuíam mais queixas de fadiga [31,32], possuíam também mais queixas dolorosas, incapacidade funcional e stresse, assim como um maior consumo de medicamentos analgésicos, [31] e um maior número de sintomas físicos e somáticos associados. [32, 33]

Tal como foi referido anteriormente, tem-se também demonstrado que a FM apresenta uma comorbilidade frequente com doenças psiquiátricas, em especial depressão e ansiedade. [14, 34] Quando esta comorbilidade existe os pacientes possuem também uma tendência para apresentarem mais sintomas físicos e uma maior incapacidade. [34] A depressão é um achado comum entre os pacientes vítimas de abuso, [35] assim como entre os pacientes que sofrem de dor crónica. [36] Para além disso acredita-se que a presença da depressão aumenta as queixas dolorosas entre os indivíduos que possuem problemas de saúde. [37] Uma outra doença

psiquiátrica que a literatura relaciona com alguma frequência com a FM é a síndrome do stress pós-traumático, [38] que como se sabe é também ela uma doença fortemente relacionada com experiências traumáticas.

Críticas à relação entre Experiências de Adversidade Precoce e Fibromialgia

No entanto, nem sempre a relação entre EAP e FM se verifica. Contrastando com os estudos que se baseiam sobretudo em auto-registos retrospectivos, dois estudos prospetivos [39,40] falharam na tentativa de encontrar uma relação entre casos de abuso (físico e sexual) e negligência infantil e o desenvolvimento de dor crónica no adulto. No primeiro estudo prospetivo [39] usou-se como amostra casos documentados judicialmente de abuso físico e sexual e de negligência infantil, e estudou-se a sua influência no desenvolvimento de dor no adulto. Apesar de esta relação não ter sido confirmada, é necessário atentar a alguns fatores que podem ter provocado um enviesamento dos resultados prospetivos. Um deles terá sido o facto de se ter verificado que o grupo de controlo continha, ao contrário daquilo que seria suposto, casos de abuso na infância (não documentados judicialmente). Mais especificamente, 49% destes indivíduos relatavam de forma retrospectiva terem sofrido de experiências de abuso infantil. Na presença destes números não é de surpreender que se verifique uma grande atenuação de diferenças entre o grupo com casos documentados de abuso e o grupo controlo. Para além disso existe a possibilidade de que a identificação legal destas crianças lhes tenha conferido a oportunidade de se submeterem a terapias de suporte que eventualmente tenham abafado os efeitos subsequentes das experiências de abuso, prevenindo os seus efeitos negativos a longo prazo. Mais ainda, verificou-se que após a obtenção de dados de forma retrospectiva na mesma amostra, estes iam de encontro aos resultados verificados em estudos posteriores que apoiam a existência de uma associação entre abuso infantil e o desenvolvimento de dor no adulto.

O segundo estudo prospetivo estudava os efeitos do abuso físico e sexual no desenvolvimento de dor lombar. [40] Mais uma vez existem também neste estudo fatores que podem ter condicionado os resultados, nomeadamente o facto de se ter focado unicamente no desenvolvimento de dor lombar e não noutros tipos de dor crónica do adulto, o que poderá ter limitado os resultados.

Raphael et al. (2004), [41] elaborou uma revisão crítica da literatura sobre a relação entre EAP e o desenvolvimento de queixas dolorosas no adulto, focando-se sobretudo nos problemas metodológicos das investigações que podem comprometer a capacidade de se avançar com conclusões firmes a partir dos dados existentes. No que diz respeito a estes dois estudos acima descritos os autores concluem nesta revisão que a negatividade desta relação indica que a associação entre abuso na infância e dor no adulto pode não ser tao robusta como foi previamente assumido, independentemente das variáveis de confundimento que possam ter contribuído para a falha no estabelecimento desta relação.

Outra crítica tecida pelos autores nesta revisão é o facto de alguns estudos ao invés de se basearem unicamente em experiências de abuso restritas à infância, é o de sublinharem o conceito de “abuso ao longo da vida”, que não permite a distinção entre abuso na infância e na vida adulta. O próprio facto de, nos vários estudos existentes, a infância ter sido definida de acordo com diferentes cut-offs de idades pode constituir um problema, na medida em que o abuso ocorrido nas etapas mais precoces da infância pode ter um impacto diferente do que os eventos adversos que ocorram durante a adolescência. Tal irá resultar em dificuldades interpretativas na medida em que se espera que os efeitos do abuso na dor difiram de acordo com a altura de vida em que estas têm lugar. A infância será uma altura muito distinta tanto a nível psicológico como fisiológico, em que existe uma imaturidade a nível intelectual e a nível das estratégias de coping, para além da plasticidade neuronal característica desta fase, que torna as crianças particularmente suscetíveis a experiências adversas. Torna-se assim

importante fazer uma distinção clara da altura de vida em que o abuso ocorre e isolar os efeitos do abuso no adulto e na criança, pois se tal não for feito corremos o risco de identificar erroneamente o fator de risco responsável pelo desenvolvimento de dor no adulto. Para além disso, se existir uma relação entre abuso na infância e o desenvolvimento de queixas dolorosas, esta pode ser obscurecida ou influenciada pela presença de abusos subsequentes na vida adulta. [41]

A nível dos estudos de caso-controlo, os autores alertaram para o facto de que a maioria destes se baseia em amostras recrutadas de ambientes clínicos. [41] Assim, a generalização para a população global dos resultados obtidos poder-se-á tornar problemática devido às particularidades deste tipo de amostras. A presença de uma história de abuso (ou de fatores associados com a vivência de experiências traumáticas, tais como a depressão) podem constituir um fator de risco para a procura de cuidados médicos, de tal forma que os estudos que se apoiam em amostras de pacientes altamente seletivas podem sobre representar a prevalência de histórias de abuso entre os indivíduos com síndromes dolorosas, [42] sendo assim mais provável de se encontrar uma relação entre dor e abuso nestas amostras, o que pode não constituir o reflexo real do que ocorre na população em geral.

Para além disso, a composição das amostras ao nível do género também pode dificultar a generalização dos dados para a população global e dificultar a comparação entre grupos, uma vez que os homens e as mulheres podem experimentar diferentes tipos de abuso, e mais ainda, responder-lhes de diferente forma. [41]

Outra distinção metodológica dos estudos que se debruçam sobre o abuso é a forma de como se infere a existência de EAP no passado: através de questionários de auto-registo ou através de entrevista clínica. Apesar da entrevista conduzida por um especialista possa ser vista como a forma ideal de se identificar EAP nos estudos retrospectivos, foi observado [43] que existe uma maior probabilidade dos indivíduos relatarem episódios particularmente

sensíveis ou embaraçosos se estes se mantiverem no anonimato. Assim, tal pode conduzir a uma subnotificação das experiências de abuso nos estudos que se baseiam em entrevistas clínicas em comparação com aqueles que usam os questionários de auto-registo. [41]

Os autores verificaram também que ao contrário do padrão equívoco e inconsistente dos estudos de caso-controlo, os estudos transversais fornecem um suporte mais robusto para a associação entre os auto-relatos de abuso infantil e dor. Uma das explicações avançadas para tal fenómeno prende-se com o tamanho da amostra, verificando-se a presença de amostras bastante maiores nos estudos transversais. Salvo raras exceções, aqueles estudos de caso-controlo com amostras de maiores dimensões, também apresentam uma maior tendência para corroborar a relação entre abuso e dor. Assim, os autores admitiram que seria razoável concluir que qualquer relação que possa existir entre abuso na infância e o desenvolvimento de dor no adulto é relativamente modesta, detetada com confiança apenas em estudos que se baseiam em grandes amostras, que tipicamente são característica dos estudos transversais. [41]

Outro problema metodológico bastante importante foi também trazido à tona nesta revisão: a questão dos erros e vieses nos relatos de abuso infantil. Verificou-se que, à medida que as crianças crescem, os seus relatos de experiências de abuso variam dramaticamente daqueles feitos quando estas eram mais novas, [44] e que, quando questionados anos depois, alguns indivíduos com casos documentados de abuso infantil não relatavam terem sido vítimas de maus-tratos na infância. [45-47] Na verdade, no estudo prospetivo anteriormente referido, [39] em que foi usada uma amostra de casos de abuso infantil documentados judicialmente, verificou-se que apenas 73% dos indivíduos deste grupo confirmaram retrospectivamente terem sido vítimas de abuso. Tal fenómeno conduz a uma subnotificação das EAP por parte dos participantes nos estudos retrospectivos, o que provoca inevitavelmente interpretações erradas dos resultados no sentido de uma subestimação da relação entre

experiências de abuso e queixas dolorosas no adulto. Prevê-se que a existência de tais incongruências possa também tornar desafiante a interpretação dos resultados mesmo em estudos prospetivos. Numa revisão sobre a validade dos registos retrospectivos sobre trauma infantil [48] concluiu-se que de facto estes se encontram condicionados por uma taxa significativa de testemunhos falsos negativos e raramente por falsos positivos. Contudo, foi considerado que tais variáveis de confundimento não são significativas o suficiente para invalidar totalmente a relação entre abuso infantil e o desenvolvimento de dor no adulto nos estudos de caso-controlo retrospectivos. Foi evidente também que alguns tipos de experiências de abuso têm uma maior probabilidade de originar relatos que podem enviesar os resultados, nomeadamente quando se está a avaliar aquelas experiências que dependem grandemente do juízo ou interpretação de quem os viveu como é o caso do abuso emocional.

Outro fenómeno que também ocorre com frequências são os vieses de memória. Numerosos estudos demonstraram que o humor depressivo pode influenciar a reconstrução de memórias passadas ou a avaliação subjetiva dos detalhes dessas experiências. [49] À data desta revisão realizada por Raphael et al. (2004), [41] apenas um estudo sobre abuso infantil e dor controlava o fator depressão, [50] e este falhou em encontrar uma relação entre o auto-registo de EAP e a FM, levando à possibilidade de que as associações significativas encontradas nalguns estudos retrospectivos se deveram ao fator depressão como variável de confundimento, assim como aos vieses de memória. Uma outra questão prende-se também com a interpretação pessoal feita pelo paciente sobre a sua experiência traumática e até que ponto esta pode influenciar o seu auto-registo nalguns estudos. [41]

Face a estes argumentos destacados (entre outros constantes na revisão), foi então concluído pelos autores que não existem dados suficientes para determinar de forma firme e inequívoca se de facto as EAP representam ou não um fator de risco para o desenvolvimento de síndromes dolorosas no adulto, incluindo a FM. [41]

No entanto Houdenhove et al. (2009,2002), [30, 51] critica, coloca frequentemente em causa e contra-argumenta o ponto de vista destes autores, o que é o indicador de que a controvérsia não ficará por aqui. Algo que é importante que se tenha em atenção é que, para além da importância de se investigar as variações metodológicas que podem alterar a resposta à questão de se existe de facto uma relação entre EAP e dor, é também igualmente pertinente considerar as características dos indivíduos que podem ampliar ou abafar o impacto das EAP na ampla gama de consequências na saúde do adulto. [42]

Fisiopatologia da Fibromialgia e sua relação com fatores de stresse psicossociais

Apesar de a investigação ter já aberto algumas portas, ainda muito se especula sobre a fisiopatologia da FM, no entanto, algumas hipóteses começam a surgir no que diz respeito ao possível substrato fisiológico desta doença.

O eixo hipotálamo-hipófise-suprarrenal (HHS) e o sistema nervoso simpático, que estão envolvidos nos sistemas de resposta ao stresse, foram motivo de estudos tendo, de facto, sido descobertas algumas alterações a este nível nos doentes com FM. [52,53] Contudo, apesar da regulação do eixo HHS parecer encontrar-se alterado nos pacientes com FM, as disfunções específicas da regulação do stresse através deste eixo ainda não são claras, pois enquanto alguns estudos apontam no sentido destes pacientes sofrerem de hipocortisolismo, outros descrevem hipercortisolismo e uma hipereatividade do eixo HHS. O que é claro, não obstante as indefinições atrás descritas, é que parece existir um compromisso a nível dos sistemas biológicos reguladores do stresse nos pacientes com FM. [52]

A hipótese do trauma como etiologia da FM assume a possibilidade do abuso infantil provocar de alguma forma alterações permanentes a nível dos potenciais mecanismos fisiopatológicos desta doença. Assim, o stresse, sobretudo o stresse traumático, que ocorra precocemente no desenvolvimento do indivíduo, poderá provocar mudanças no sistema de

resposta ao stresse e no desenvolvimento e maturação dos sistemas nociceptivos, o que tem como consequência tornar estes indivíduos particularmente suscetíveis a fatores stressantes (agudos ou crónicos) subsequentes, e a doenças relacionadas com o stresse, tal como parece ser a FM. [53] Na verdade existem evidências de que os maus-tratos infantis podem condicionar disrupções ao nível do funcionamento do eixo HHS. [54]

Existem cada vez mais evidências de que tanto as bases de um desenvolvimento saudável, como as origens de algumas morbilidades podem ser encontradas em “memórias” biológicas que são originadas a partir de interações genético-ambientais que se formam desde as fases mais precoces das nossas vidas. Tais interações podem ter consequências ao nível dos circuitos do cérebro em desenvolvimento, assim como nos sistemas fisiológicos que influenciam uma grande variedade de funções biológicas tais como a gestão do stresse, a capacidade de resposta imunológica, a regulação metabólica e neuroendócrina e a integridade cardiovascular. Assume-se, assim, que os organismos em maturação “detetam” as características ambientais mais marcantes com o objetivo de desenvolver capacidades de adaptação àquele ambiente em particular. Quando as experiências precoces são estáveis, previsíveis, seguras, é promovido um desenvolvimento cerebral saudável, e os outros sistemas reguladores de órgãos são facilitados. Quando as experiências precoces são carregadas de ameaças, incerteza, negligência ou abuso, os sistemas de resposta ao stresse são superativados e as consequências incluem disrupções ao nível dos circuitos cerebrais em desenvolvimento, o estabelecimento de uma ativação precoce da resposta ao stresse, e um estado de alerta que conduz a uma maior vulnerabilidade de se vir a desenvolver uma série de doenças crónicas. Sob influência de tais circunstâncias, os benefícios de sobrevivência que se estabelecem a curto prazo podem ter custos pesados na saúde física e mental a longo prazo. [55, 56] Este efeito a longo prazo da resposta fisiológica ao stresse pode ser referido como “carga alostática”. A alostase, ou seja, a capacidade de alcançar a estabilidade através da mudança, é

fundamental para a sobrevivência. Através da alostase o sistema nervoso autónomo, o eixo HHS, assim como os sistemas cardiovascular, metabólico e imune protegem o corpo respondendo ao stresse interno e externo. O preço desta acomodação ao stresse pode ser a carga alostática, que no fundo se trata do desgaste resultante da superativação crónica ou a hipoatividade dos sistemas alostáticos. [57]

Apesar de todas estas evidências mais investigações serão necessárias para conhecermos a natureza precisa e toda a gama dos mecanismos causais que medeiam estes efeitos.

Implicações clínicas

Claro que toda esta discussão apenas tem sentido se tiver em vista o seu objetivo principal: o bem maior do doente. Sem dúvida que os doentes com FM, dada a complexidade não só da doença como de toda a sua envolvência, constituem um desafio para os médicos que os acompanham. É assim importante saber em que medida é que a revelação de uma história de abuso pode ter benefício para o doente com FM e ajudar na sua abordagem terapêutica e curso da doença. Se de facto a FM é uma doença em que existe uma interação tão significativa entre fatores externos e internos, torna-se importante tratar não apenas os sintomas mas também abordar todos os problemas que possam de alguma forma interferir no ambiente psicossocial do doente, e que possam representar, inclusivamente, fatores de manutenção da doença, sob pena de não se ir de encontro a todas as necessidades terapêuticas do doente. Assim, alguns autores defendem que é, de facto, importante questionar os doentes com FM sobre a sua história de vida e a existência de possíveis EAP. Van Houdenhove (2006), [58] declara que as EAP aumentam o risco de comorbilidades psiquiátricas nos pacientes com dor crónica, como é exemplo o caso da depressão ou até mesmo do desenvolvimento de perturbações da personalidade, que podem prejudicar de forma

importante as estratégias de coping adaptativas e tornar difícil e conflituosa a relação médico-doente. Quando um paciente sofreu no passado experiências de abuso, tal pode afetar a sua capacidade em confiar no seu médico, o que não é difícil de compreender uma vez que estas pessoas já foram traídas no passado por alguém que deveria ter cuidado delas e em quem deveriam poder confiar. Quando os doentes não confiam ou não se sentem seguros com o seu médico, estes apresentam uma maior tendência em não cumprir as recomendações terapêuticas. [59] Esta situação pode acabar por se tornar frustrante tanto para o médico, que não obtém resposta por parte do paciente à dedicação e esforço despendidos, como para o próprio doente que não consegue obter alívio do seu sofrimento. Assim, o reconhecimento destes aspetos poderia ajudar a otimizar a gestão da doença ao personalizar a sua abordagem às vulnerabilidades e necessidades do doente. Apesar do receio de alguns médicos de que a abordagem destes assuntos não seja considerada bem-vinda por parte dos seus pacientes, a verdade é que a maioria dos doentes considera oportuna a inquirição sobre a presença de abusos físicos ou sexuais, acreditando inclusivamente que os clínicos os poderiam ajudar com estes problemas, o que torna infundado o medo da abordagem do tema pelos médicos. [60] A abordagem deve ser sempre guiada com tato e cuidado, através de questões não intrusivas, de forma a não ofender o doente e a deixá-lo confortável para discutir assuntos que para ele são delicados, permitindo ao paciente revelar informações relevantes assim que este se sinta preparado para o fazer. [58]

No entanto, quem argumenta contra a hipótese de existir uma relação entre EAP e o desenvolvimento de FM afirma que é necessário ser cauteloso e reconsiderar melhor os benefícios de avaliar de forma rotineira os casos de maus-tratos na infância. Devido à natureza equívoca desta relação, para além de ter sido colocado em causa até que medida esta avaliação pode ser benéfica no diagnóstico e tratamento destes doentes, ainda se avançou com possíveis consequências iatrogénicas de tal prática, uma vez que se pode estar a explorar

desnecessariamente eventuais memórias dolorosas, especialmente se estas não se encontram associadas com a síndrome apresentada pelo doente. Desta forma, foi sugerido que se limitasse a prática de avaliar eventuais EAP apenas naqueles pacientes que mostram sinais e sintomas de stresse pós traumático, pois nestes casos há razões suficientes para admitir que os abusos no passado podem assumir um papel importante na evolução do paciente e, eventualmente, também na etiologia da sua doença. [41, 42]

Detetar e sinalizar os casos de maus-tratos em crianças é uma obrigação legal e moral dos profissionais dos serviços de saúde, especialmente porque nos dá a oportunidade de intervir a título preventivo, constituindo uma hipótese de alterar o curso de doenças tanto físicas como psiquiátricas, nas quais podemos incluir, naturalmente, as SSF, e em particular a FM. Com o objetivo de ajudar a diferenciar entre os desafios de vida na infância que constituem fontes de stresse positivo, sendo importantes para um desenvolvimento saudável e que não requerem intervenção, daquelas experiências de adversidade significativas que podem ameaçar o futuro de quem as sofre, o National Scientific Council on the Developing Child criou uma “taxonomia do stresse” que divide o stresse em 3 categorias – positivo, tolerável e tóxico – para descrever a expressão fisiológica do sistema de resposta ao stresse (e não a natureza do fator stressante). As EAP constituiriam, segundo esta taxonomia, fontes de stresse tóxico que poderão condicionar alterações a nível orgânico, nomeadamente disrupção da arquitetura e bioquímica cerebral, afeção de outros sistemas orgânicos e o estabelecimento de baixos limiares de resposta ao stresse, que persistem ao longo da vida e que aumentam o risco de doenças relacionadas com o stresse, podendo também condicionar prejuízos a nível cognitivo. [55, 56, 61] Torna-se assim de extraordinária importância identificar as crianças que se encontram a viver debaixo de um “stresse tóxico” com o objetivo de lhes oferecer a oportunidade de se submeterem a estratégias interventivas, que podem de uma forma clara fazer uma diferença significativa no desenvolvimento destas crianças. A neurobiologia

mostra-nos que quanto mais esperamos para investir nas crianças que se encontram em maior risco, mais difícil será obter resultados ótimos, daí a importância de uma identificação e abordagem precoce, assim como o desenvolvimento de políticas que protejam as crianças que experimentam adversidades significativas. Outra meta importante é a descoberta de estratégias interventivas mais efetivas na redução dos efeitos adversos biológicos do stress tóxico no desenvolvimento dos circuitos cerebrais, assim como dos outros sistemas orgânicos.

[55]

Conclusão

Existem fortes sugestões que as EAP tenham uma forte influência ao nível do desenvolvimento, perpetuação, e influência na evolução da doença das SSF, particularmente no caso da FM. No entanto, várias críticas têm surgido questionando esta relação, baseando-se sobretudo em várias questões metodológicas inerentes ao desenho dos estudos, que não permitem obter conclusões definitivas sobre a influência das EAP no desenvolvimento de síndromes dolorosas no adulto. Mais esforços devem ser realizados com o objetivo de encontrar formas de contornar estas questões de forma a poder-se obter resultados com menos inferências e, por isso, menos questionáveis.

A revelação de experiências de abuso por parte destes doentes parece trazer benefícios a nível da sua abordagem terapêutica. Apesar de também não haver consenso relativamente a este ponto, o clínico deverá sempre preparar-se para a hipótese de explorar este campo, devendo estudar formas de o fazer de forma delicada e pouco intrusiva. Em todo o caso, tendo em vista as consequências nefastas das EAP na saúde física e mental do adulto, o reconhecimento de experiências de abuso num indivíduo exige, sempre, a adoção de medidas preventivas, que tanto mais benéficas serão quanto mais precocemente se iniciarem.

Ainda muitas questões ficam em aberto em relação a este tema. Espera-se, assim, que a controvérsia inspire a ânsia de ampliar conhecimentos e que o debate continue até que surjam soluções mais definitivas de forma a otimizar ao máximo a ajuda a prestar a estes doentes e ao alívio do seu sofrimento.

Agradecimentos

Ao meu orientador de Mestrado, Professor Doutor Manuel João Rodrigues Quartilho, o meu muito obrigada pela disponibilidade, compreensão, apoio, paciência e tempo dispensados ao longo do desenvolvimento deste trabalho.

A toda a minha família, e em especial à minha mãe, agradeço o apoio incondicional, o carinho, a ajuda e a compreensão que sempre demonstraram e que foram fundamentais para a conclusão deste trabalho.

Agradeço também a todas as pessoas que de alguma forma prestaram o seu precioso contributo na finalização deste manuscrito.

Referências Bibliográficas

- 1- Link BG, Phelan J. Social conditions as fundamental causes of disease. *J Health Soc Behav.* 1995; Spec No: 80-94.
- 2- Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi A, Lozano R. World report on violence and health. 2002; Geneva: World Health Organization.
- 3- Briere J, Elliott DM. Prevalence and psychological sequelae of self-reported childhood physical and sexual abuse in a general population sample of men and women. *Child Abuse and Negl.* 2003; 27(10):1205-22.
- 4- Bohn DK, Holz KA. Sequelae of abuse. Health effects of childhood sexual abuse, domestic battering, and rape. *J Nurse Midwifery.* 1996; 41(6):442-56.
- 5- Desai S, Arias I, Thompson MP, Basile KC. Childhood victimization and subsequent adult revictimization assessed in a nationally representative sample of women and men. *Violence Vict.* 2002; 17(6):639-53.
- 6- Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *Am J Prev Med.* 1998; 14(4):145-258.
- 7- Sachs-Ericsson N, Cromer K, Hernandez A, Kendall-Tackett KA. The association between childhood abuse, health and pain related problems, and the role of psychiatric disorders and current life stress. In Banyard VL, Edwards VJ, Kendall-Tackett KA, editors. *Trauma and physical health: understanding the effects of extreme stress and of psychological harm.* New York: Routledge; 2009. p. 5-36.

- 8- Norman RE, Byambaa M, De R, Butchart A, Scott J, et al. The Long-Term Health Consequences of Child Physical Abuse, Emotional Abuse, and Neglect: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS Med.* 2012; 9(11):e1001349. doi:10.1371/journal.pmed.1001349.
- 9- Barsky A, Borus J. (1999). Functional somatic syndromes. *Annals of Internal Medicine.* 1999; 130(11):910-21.
- 10- Fuller-Thomson E, Sulman J, Brennenstuhl S, Merchant M. Functional Somatic Syndromes and Childhood Physical abuse in Women: Data From a Representative Community-Based Sample. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma.* 2011; 20(4):445–69.
- 11- Wessely S, Nimnuan C, Sharp M. Functional somatic syndromes: one or many? *Lancet,* 1999; 354(9182):936-9.
- 12- Wessely S, White PD. There is only one functional somatic syndrome. *The British Journal of Psychiatry.* 2004; 185:95-6.
- 13- Aaron LA, Buchwald D. Fibromyalgia and other unexplained clinical conditions. *Curr Rheumatol Rep.* 2001;3(2):116-22.
- 14- Henningsen P, Zimmerman T, Sattel H. Medically unexplained physical symptoms, anxiety, and depression: A meta-analytic review. *Psychosomatic Medicine.* 2003; 65(4):528–33.
- 15- Heim C, Wagner D, Maloney E, Papanicolaou DA, Solomon L, Jones JF, et al. Early adverse experience and risk for chronic fatigue syndrome: Results from a population-based study. *Archives of General Psychiatry.* 2006; 63(11):1258–66.

- 16- Van Houdenhove B, Neerinckx E, Lysens R, Vertommen H, Van Houdenhove L, Onghena P, et al. Victimization in chronic fatigue syndrome and fibromyalgia in tertiary care: A controlled study on prevalence and characteristics. *Psychosomatics*. 2001; 42(1):21–8.
- 17- Salmon P, Skaife K, Rhodes J. Abuse, dissociation, and somatization in irritable bowel syndrome: Towards an explanatory model. *Journal of Behavioral Medicine*. 2003; 26(1):1–18.
- 18- Lampe A, Sölder E, Ennemoser A, Schubert C, Rumpold G, Söllner W. Chronic pelvic pain and previous sexual abuse. *Obstet Gynecol*. 2000; 96(6):929-33.
- 19- Walling MK, Reiter RC, O'Hara MW, Milburn AK, Lilly G, Vincent SD. Abuse history and chronic pain in women: I. Prevalences of sexual abuse and physical abuse. *Obstet Gynecol*. 1994;84(2):193-9.
- 20- Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, Bennett RM, Bombardier C, Goldenberg DL, et al. The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia: report of the multicenter criteria committee. *Arthritis Rheum*. 1990; 33(2):160-72.
- 21- Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, Goldenberg DL, Katz RS, Mease P, et al. The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. *Arthritis Care Res*. 2010; 62(5):600-10.
- 22- Pereira da Silva JA. *Reumatologia Prática*. 1ª ed., Coimbra, Diagnóstico, 2004.
- 23- Provenza JR, Pollak DF, Martinez JE, Paiva ES, Helfenstein M, Heymann R, et al. Fibromialgia. *Rev. Bras. Reumatol*. 2004; 44(6): 443-49.
- 24- Walker EA, Keegan D, Gardner G, Sullivan M, Bernstein D, Katon WJ. Psychosocial Factors in Fibromyalgia Compared with rheumatoid Arthritis: II. Sexual, Physical, and Emotional Abuse and Neglect. *Psychosom Med*. 1997; 59(6):572-7.

- 25- Davis DA, Luecken LJ, Zautra AJ. Are reports of childhood abuse related to the experience of chronic pain in adulthood? A meta-analytic review of the literature. *Clinical Journal of Pain*. 2005; 21(5):398-405.
- 26- Dong M, Anda RF, Dube SR, Giles WH, Felitti VJ. The relationship of exposure to childhood sexual abuse to other forms of abuse, neglect, and household dysfunction during childhood. *Child Abuse Negl*. 2003; 27(6):625-39.
- 27- Mullen P, Martin J, Anderson J, Romans S, Herbison G. Childhood sexual abuse and mental health in adult life. *British Journal of Psychiatry*. 1993; 163(6):721-32.
- 28- Imbierowicz K, Egle UT. Childhood Adversities in Patients With Fibromyalgia And Somatoform Pain Disorder. *Eur J Pain*. 2003; 7(2):113-9.
- 29- Häuser W, Kosseva M, Üceyler N, Klose P, Sommer C. Emotional, Physical, and Sexual Abuse in Fibromyalgia Syndrome: A Systematic Review With Meta-Analysis. *Arthritis Care & Research*. 2011; 63(6):808-20.
- 30- Van Houdenhove B, Luyten P, Egle UT. The role of childhood trauma in chronic pain and fatigue. In Banyard VL, Edwards VJ, Kendall-Tackett KA, editors. *Trauma and physical health: understanding the effects of extreme stress and of psychological harm*. New York: Routledge; 2009. p. 37-64.
- 31- Alexander RW, Bradley LA, Alarcón GS, Triana-Alexander M, Aaron LA, Alberts KR, et al. Sexual and physical abuse in women with fibromyalgia: association with outpatient health care utilization and pain medication usage. *Arthritis Care Res*. 1998; 11(2):102-15.
- 32- McBeth J, MacFarlane GJ, Benjamin S, Morris S, Silman AJ. The association between tender points, psychological distress, and adverse childhood experiences: a community-based study. *Arthritis Rheum*. 1999; 42(7):1397-404.

- 33-Taylor ML, Trotter DR, Csuka ME. The prevalence of sexual abuse in women with fibromyalgia. *Arthritis Rheum.* 1995; 38(2):229-34.
- 34- White KP, Nielson WR, Harth M, Ostbye T, Speechley M. Chronic widespread musculoskeletal pain with or without fibromyalgia: psychological distress in a representative community adult sample. *J Rheumatol.* 2002; 29(3):588–94.
- 35-Turner HA, Muller PA. Long-Term Effects of Child Corporal Punishment on Depressive Symptoms in Young Adults: Potential Moderators and Mediators. *Journal of Family Issues.* 2004; 25(6):761-82.
- 36-Fishbain DA, Cutler R, Rosomoff HL, Rosomoff RS. Chronic pain-associated depression: antecedent or consequence of chronic pain? A review. *Clin J Pain.* 1997; 13(2):116-37.
- 37-Hernandez A, Sachs-Ericsson N. Ethnic differences in pain reports and the moderating role of depression in a community sample of Hispanic and Caucasian participants with serious health problems. *Psychosomatic Medicine.* 2006; 68(1):121-8.
- 38-Raphael KG, Janal MN, Nayak S. Comorbidity of fibromyalgia and posttraumatic stress disorder symptoms in a community sample of women. *Pain Med.* 2004; 5(1):33–41.
- 39-Raphael KG, Widom CS, Lange G. Childhood victimization and pain in adulthood: a prospective investigation. *Pain.* 2001; 92(1-2):283-93.
- 40-Linton SJ. A prospective study of the effects of sexual or physical abuse on back pain. *Pain.* 2002; 96(3):347-51.
- 41-Raphael KG, Chandler HK, Ciccone DS. Is Childhood Abuse a Risk Factor for Chronic Pain in Adulthood? *Curr Pain Headache Rep.* 2004; 8(2):99-110.
- 42-Raphael KG. Childhood Abuse and Pain in Adulthood. More Than a Modest Relationship? *Clin J Pain.* 2005; 21(5):371–3.

- 43- Day SX; Schneider PL. Psychotherapy Using Distance Technology: A Comparison of Face-to-Face, Video, and Audio Treatment. *Journal of Counseling Psychology*. 2002; 49(4):499-503.
- 44- Fergusson DM, Horwood LJ, Woodward LJ. The stability of child abuse reports: a longitudinal study of the reporting behaviour of young adults. *Psychol Med*. 2000; 30(3):529-44.
- 45- Widom CS, Morris S. Accuracy of Adult Recollections of Childhood Victimization, Part 2: Childhood Sexual Abuse. *Psychological Assessment*. 1997; 9(1):34-46.
- 46- Widom CS, Shepard RL. Accuracy of adult recollections of childhood victimization: Part 1. Childhood physical abuse. *Psychological Assessment* 1996; 8(4):412-21.
- 47- Williams LM. Recall of childhood trauma: a prospective study of women's memories of child sexual abuse. *J Consult Clin Psychol*. 1994; 62(6):1167– 76.
- 48- Hardt J, Rutter M. Validity of adult retrospective reports of adverse childhood experiences: review of the evidence. *J Child Psychol Psychiatry*. 2004;45(2): 260–73.
- 49- Raphael KG, Cloitre M. Does mood-congruence or causal search govern recall bias? A test of life event recall. *J Clin Epidemiol*. 1994; 47(5):555-64.
- 50- Ciccone DS, Elliott DK, Chandler HK, Nayak S, Raphael KG. Sexual and physical abuse in woman with fibromyalgia: a test to the trauma hypothesis. *Clin J Pain*. 2005; 21(5):378-86.
- 51- Van Houdenhove B, Eagle UT. Comment on Raphael, K.G., Widom, C.S., Lange, G., Childhood victimization and pain in adulthood: a prospective investigation, *Pain* 92 (2001) 283-293. *Pain*. 2002; 96(1-2):215-6; author reply 216-7.
- 52- Low LA, Schweinhardt P. Early Life Adversity as a Risk Factor for Fibromyalgia in Later Life. *Pain research and treatment*. 2012; 2012:140832.

- 53- Van Houdenhove B, Eagle UT. Fibromyalgia: A Stress Disorder. Piecing the biopsychosocial puzzle together. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 2004; 73(5):267-75.
- 54- Van Voorhees E, Scarpa A. The effects of child maltreatment on the hypothalamic-pituitary-adrenal axis. *Trauma Violence Abuse*. 2004; 5(4):333-52.
- 55- Shonkoff JP. Building a new biodevelopmental framework to guide the future of early childhood policy. *Child Dev*. 2010; 81(1):357-67.
- 56- Shonkoff JP, Boyce WT, McEwen BS. Neuroscience, molecular biology, and the childhood roots of health disparities: building a new framework for health promotion and disease prevention. *JAMA*. 2009; 301(21):2252-9.
- 57- McEwen BS. Protective and damaging effects of stress mediators. *N Engl J Med*. 1998; 338(3):171-9.
- 58- Van Houdenhove B. Assessing adverse childhood experiences in chronic pain: it does matter. *Clin J Pain*. 2006; 22(6):584; author reply 584-5.
- 59- Dallam S. Where does it hurt? How victimization impacts presentation and outcomes in primary care. In Banyard VL, Edwards VJ, Kendall-Tackett KA, editors. *Trauma and physical health: understanding the effects of extreme stress and of psychological harm*. New York: Routledge; 2009. p. 134-162.
- 60- Friedman LS, Samet JH, Roberts MS, Hudlin M, Hans P. Inquiry about victimization experiences. A survey of patient preferences and physician practices. *Arch Intern Med*. 1992; 152(6):1186-90.
- 61- Shonkoff JP, Levitt P. Neuroscience and the future of early childhood policy: moving from why to what and how. *Neuron*. 2010; 67(5):689-91.