VENDEDOR APOSTILASMEDICINA@HOTMAIL.COM
PRODUTOS http://lista.mercadolivre.com.br/_CustId_161477952



ANDRÉA G. PORTNOI

A PSICOLOGIA da DOR

gen | ROCA

VENDEDOR APOSTILASMEDICINA@HOTMAIL.COM
PRODUTOS http://lista.mercadolivre.com.br/_CustId_161477952

A Psicologia da Dor

Andréa G. Portnoi

Psicóloga. Doutora pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Mestre pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Especialista em Psicologia Clínica e Hospitalar pelo Conselho Regional de Psicologia da 6ª Região. Coordenadora da Área de Psicologia da Liga de Dor da Escola de Enfermagem e Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Colaboradora do Centro de Dor da Divisão de Clínica Neurológica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Coordenadora Científica do Comitê de Saúde Mental e Dor da Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor (gestão 2013-2014).

gen | ROCA

VENDEDOR APOSTILASMEDICINA@HOTMAIL.COM
PRODUTOS http://lista.mercadolivre.com.br/_CustId_161477952

■ A autora deste livro e a Editora Roca empenharam seus melhores esforços para assegurar que as informações e os procedimentos apresentados no texto estejam em acordo com os padrões aceitos à época da publicação, *e todos os dados foram atualizados pela autora até a data da entrega dos originais à editora*. Entretanto, tendo em conta a evolução das ciências da saúde, as mudanças regulamentares governamentais e o constante fluxo de novas informações sobre terapêutica medicamentosa e reações adversas a fármacos, recomendamos enfaticamente que os leitores consultem sempre outras fontes fidedignas, de modo a se certificarem de que as informações contidas neste livro estão corretas e de que não houve alterações nas dosagens recomendadas ou na legislação regulamentadora. *Adicionalmente, os leitores podem buscar por possíveis atualizações da obra em http://gen-io.grupogen.com.br*.

■ A autora e a editora se empenharam para citar adequadamente e dar o devido crédito a todos os detentores de direitos autorais de qualquer material utilizado neste livro, dispondo-se a possíveis acertos posteriores caso, inadvertida e involuntariamente, a identificação de algum deles tenha sido omitida.

■ Direitos exclusivos para a língua portuguesa
Copyright © 2014 by
EDITORA GUANABARA KOOGAN LTDA.
Publicado pela Editora Roca, um selo integrante do GEN | Grupo Editorial Nacional
Travessa do Ouvidor, 11
Rio de Janeiro - RJ - CEP 20040-040
Tels.: (21) 3543-0770/(11) 5080-0770 | Fax: (21) 3543-0896
www.grupogen.com.br | editorial.saude@grupogen.com.br

■ Reservados todos os direitos. É proibida a duplicação ou reprodução deste volume, no todo ou em parte, em quaisquer formas ou por quaisquer meios (eletrônico, mecânico, gravação, fotocópia, distribuição pela Internet ou outros), sem permissão, por escrito, da EDITORA GUANABARA KOOGAN LTDA.

■ Capa: Bruno Sales
Produção Digital: Geethik

■ Projeto gráfico e editoração eletrônica: ERJ Composição Editorial

■ Ficha catalográfica

P969

A psicologia da dor / organização Andréa G. Portnoi. - 1. ed. - São Paulo: Guanabara Koogan, 2014.
272 p.: il. ; 24 cm.

Inclui bibliografia
ISBN 978-85-277-2639-9

1. Dor - Aspectos psicológicos. 2. Sofrimento - Aspectos psicológicos. 3. Psicologia. I. Portnoi, Andréa G.

14-14904

CDD: 152.4
CDU: 159.94

VENDEDOR APOSTILASMEDICINA@HOTMAIL.COM
PRODUTOS http://lista.mercadolivre.com.br/_CustId_161477952

Colaboradores

Adriana Sleutjes

Mestre pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Especialista em Psicologia Hospitalar pelo Hospital das Clínicas e Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Especialista em Neuropsicologia pelo Centro de Neuropsicologia Aplicada da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Especialista em Hipnose Ericksoniana pelo Instituto Milton Erikson de Juiz de Fora.

Adrianna Loduca

Doutora em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Docente do Curso de Psicologia da Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Coordenadora da Área de Psicologia do Grupo de Dor do Instituto de Ortopedia e Traumatologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Membro do Conselho Editorial da Revista Dor 2013/2014 (SBED).

Ana Valéria Paranhos Miceli

Doutoranda em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Especialista em Terapia de Família pelo Instituto de Terapia Familiar do Rio de Janeiro. Especialista em Psicologia em Saúde Mental pelo IPUB da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Especialista em Psicologia Clínica e em Psicologia Hospitalar pelo Conselho Regional de Psicologia da 5ª Região. Psicóloga do Instituto Nacional do Câncer.

Catarina Nivea Bezerra de Menezes

Doutora em Psicobiologia pela Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Docente de Psicologia das instituições de ensino Unichristus e da Universidade de Fortaleza.

Cristiani Kobayashi

Doutoranda pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Mestre pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Docente Adjunta na Universidade Paulista. Consultora Associada na Almma Consultoria.

Danyella de Melo Santos

Doutora pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Especialista em Psicologia Clínica Hospitalar pelo InCor do Hospital das Clínicas e Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Psicóloga da Clínica de Reumatologia do Instituto Central do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Dirce Maria Navas Perissinotti

Pós-doutora pela Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo. Doutora pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Especialista em Avaliação e Reabilitação Neuropsicológica, Psicanálise, Bio/Neurofeedback, Hipnose e Análise fenomenológico-existencial. Pesquisadora Adjunta do Departamento de Psiquiatria da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo. Pesquisadora da Disciplina de Anestesiologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Jamir Sardá Júnior

Doutor pela Faculty of Medicine of the University of Sydney. Docente do curso de Psicologia da Universidade do Vale do Itajaí. Psicólogo Clínico do Espaço da ATM e do Baia Sul Centro de Dor. Presidente do Comitê de Saúde Mental. Membro da Comissão em Educação da Sociedade Brasileira para o Estudo e da Dor 2013-2014 (SBED).

Luc Vandenberghe

Doutor em Psicologia pela Université de l' État à Liège. Mestre em Psicologia pela Rijksuniversiteit Gent. Especialista em Mindfulness no processo psicoterapêutico. Docente Adjunto e Supervisor Clínico da Pontifícia Universidade Católica de Goiás.

Luiz Paulo Marques de Souza

Mestre pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Especialista em Psicologia Hospitalar pelo Instituto de Medicina de Reabilitação do Hospital das Clínicas e Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Especialista em Cinesiologia Psicológica pelo Instituto Sedes Sapientiae. Psicólogo do Centro de Reabilitação do Instituto do Câncer do Estado de São Paulo. Psicólogo do Departamento de Reabilitação do Hospital Municipal de Barueri Dr. Francisco Moran.

Maria Amélia Penido

Doutora em Psicologia Cognitiva pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Formada em Terapia Cognitivo-Comportamental pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Docente da Universidade Veiga de Almeida, Sócia-diretora da Psicoclínica Cognitiva do Rio de Janeiro.

Mariana Nogueira

Mestre pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Especialista em Psicologia Hospitalar pelo Hospital das Clínicas e Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Especialista em Terapia Cognitiva pelo Instituto de Terapia Cognitiva.

Martha Moreira Cavalcante Castro

Doutora pela Universidade Federal da Bahia. Docente Adjunta da Graduação e Pós Graduação da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Docente Adjunta da Graduação da Universidade Federal da Bahia. Fundadora e Coordenadora do Ambulatório de Dor do C-HUPES da Universidade Federal da Bahia.

Paula Stall

Doutora pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Especialista no método Rolfing® de Integração Estrutural, em Antroposofia e em Psicossomática.

Raquel Alcides dos Santos

Doutoranda pelo Instituto de Medicina Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Mestre pelo Instituto de Medicina Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Docente e Supervisora de estágios dos cursos de extensão em Tratamento da Dor e Cuidados Paliativos do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Coordenadora Executiva do Curso de Especialização em Psicologia Hospitalar do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho.

Rosane Raffaini Palma

Mestre pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Formada em Hipnoterapia Eriksoniana. Certificada pela Sociedade Brasileira de Psico-Oncologia. Diretora da Sociedade Brasileira de Psico-Oncologia (gestão 2008-2010).

Sâmia Aguiar Brandão Simurro

Mestre em Neurociências e Comportamento pela Psicologia da Universidade de São Paulo. Especialista em Psicossomática, *Stress*, Psicologia da Saúde e Hospitalar. Coordenadora do curso de extensão em Bem-Estar e Qualidade de Vida da Pontifícia Universidade de São Paulo. Docente do curso de MBA da Universidade São Camilo em Gestão de Programas de Qualidade de Vida.

Vera Lopes Besset

Doutora em Psicologia pela Universidade Paris V. Docente da Pós-Graduação em Psicologia do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Coordenadora do Núcleo de Pesquisas Clínica Psicanalítica do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Pesquisadora da Associação Universitária de Psicopatologia Fundamental. Membro da Escola Brasileira de Psicanálise do Campo Freudiano e da Associação Mundial de Psicanálise.

VENDEDOR APOSTILASMEDICINA@HOTMAIL.COM
PRODUTOS http://lista.mercadolivre.com.br/_CustId_161477952

Apresentação

"A dor é inevitável. O sofrimento é opcional." Esta frase que encerra o poema *Definitivo*, de Carlos Drummond de Andrade, é esclarecedora quando se considera o papel da Psicologia diante do fenômeno da dor.

Dor e sofrimento costumam estar associados, mas não são sinônimos. A dor é sentida quando sinais nervosos carregados de informações chegam ao cérebro e o sofrimento se estabelece a partir dos inúmeros significados pessoais, históricos e culturais que cada indivíduo atribui a essas informações. Desse modo, por ser essencialmente subjetiva, a dor é percebida e comunicada de maneira única por cada indivíduo, assim como o sofrimento associado – muito do trabalho dos psicólogos se concentra na prevenção e na redução desse sofrimento diante da realidade transtornada pela dor.

Esta obra foi construída por meio do esforço de psicólogos brasileiros preocupados com o sofrimento de seus pacientes. Em seus capítulos, inspirados em grande parte em dissertações de mestrado e teses de doutorado, os autores compartilharam, de maneira acessível, suas ideias, seus conhecimentos e sua experiência sobre o diagnóstico e tratamento de pessoas com dor crônica.

Na primeira parte do livro, *Um Olhar da Psicologia sobre a Dor*, o fenômeno doloroso é analisado sob diferentes prismas que o saber psicológico oferece: as visões psicanalítica, psicofisiológica e comportamental refletem as relações entre psiquismo, corpo e sociedade, enquanto a visão biopsicossocial trata de integrar conhecimentos das áreas biomédica e psicológica.

Como a dor é um fenômeno "sensorial e emocional", é necessário que a Psicologia esteja integrada às práticas clínicas de controle da dor; assim, a segunda parte do livro, denominada *A Psicologia e a Clínica de Dor*, explora a influência e a importância de fatores subjetivos essenciais, não só para a compreensão das queixas de dor, mas também das respostas aos tratamentos.

A terceira parte, *O Impacto Biopsicossocial da Dor*, procura analisar o impacto biopsicossocial da dor e inclui estudos que convidam a reflexões sobre as implicações neuropsicológicas da dor, a sofisticação dos recursos psicodiagnósticos na compreensão dos fatores individuais e as dimensões psicossociais que afetam o indivíduo com dor.

Por fim, a quarta e última parte, *Intervenções Psicoterapêuticas na Dor*, é voltada para a aplicação prática de todo o conhecimento específico da Psicologia da Dor, explorando a eficácia de alguns métodos de tratamento e o uso de técnicas que podem ser utilizadas isoladamente ou integradas ao processo psicoterapêutico.

Esperamos que os conhecimentos contidos nesta obra possam ajudar a esclarecer e inspirar os profissionais das áreas de saúde em seus trabalhos de assistência, pesquisa e ensino.

Andréa G. Portnoi

VENDEDOR APOSTILASMEDICINA@HOTMAIL.COM
PRODUTOS http://lista.mercadolivre.com.br/_CustId_161477952

Prefácio

A dor se mantém como um dos maiores flagelos que acometem a Humanidade. Apesar dos numerosos progressos observados em sua conceituação, avaliação, quantificação, determinações etiológica e nosológica, e procedimentos terapêuticos, reabilitacionais e reintegracionais, a dor ainda é compreendida, prevenida e tratada de maneira insatisfatória, especialmente quanto aos mecanismos que justificam sua ocorrência, quando se torna crônica ou de natureza essencialmente funcional.

Clama-se por linhas mestras que nos guiem para o entendimento mais bem elaborado sobre dor e suas peculiaridades e que possibilitem o seu tratamento, adequando-o às individualidades do ser humano. Torna-se necessário que sejamos mentores da divulgação de nossas experiências e percepções, assim como da de outros, visando ao aprimoramento de nossos conhecimentos e preservando as questões centradas no doente. Há uma crescente coletânea e sobrecarga de informações – sobre custos, funcionalidade física, uso de fármacos, abuso, vício, diversificação de uso de fármacos e de métodos intervencionistas para tratar as dores aguda e crônica –, assim como um explosivo número de publicações sobre a fisiologia da nocicepção nas últimas décadas, sem que o tema central do sofrimento e da dor propriamente dita seja de fato considerado em sua integralidade. Sabe-se pouquíssimo sobre o que de fato significam nocicepção, dor e sofrimento, em parte por causa da materialidade com que os sentimentos são presentemente contemplados na esfera acadêmica e da pouca ênfase atribuída às razões das inúmeras dimensões das sensibilidades e percepções no repertório dos currículos na formação dos profissionais dedicados às ciências básicas e aplicadas.

Pesquisadores e profissionais que atuam na assistência à saúde reconhecem há séculos que a dor apresenta numerosas dimensões quanto ao seu processamento, suas expressões e suas repercussões, tal como atestado nos estudos observacionais, nas investigações em laboratórios dedicados a experimentações com animais ou seres humanos e na prática clínica. De acordo com as evidências experimentais e clínicas e as conclusões de numerosos consensos organizados que visam à determinação dos conceitos e à adequação de consensos sobre sua ocorrência, modelos de avaliação e de quantificação e uso de procedimentos terapêuticos, a dor, assim como outras modalidades de sensibilidade consciente, apresenta, pelo menos, três dimensões essenciais: a sensitiva ou nociceptiva, que possibilita identificá-la no tempo e no espaço, sua natureza, sua magnitude e seu significado no contexto temporal em relação a outras qualidades e modalidades sensitivas e a realidades momentâneas; a emocional, que lhe atribui conotações aversivas; e a cognitiva, que evoca lembranças, percepções e experiências passadas que marcadamente interagem com sua interpretação. Portanto, nocicepção, dor e sofrimento são entidades que apresentam sua individualidade, como também inter-relações profundas, intrincadas e indissociáveis. Não há dúvida de que a dimensão emocional é a que mais contribui para o sofrimento e para a incapacidade, mas só recentemente tornou-se razão da maciça atração pelo tema por parte dos investigadores e profissionais dedicados ao tratamento da dor, assim como de sua epidemiologia, fatores predisponentes, mecanismos de ocorrência, prevenção, reabilitação, reinserção e realocação dos doentes nos seus ambientes ou em ambientes mais apreciáveis.

No Brasil, como na maioria dos países, os conhecimentos sobre a interface nocicepção e dor, propriamente dita, é mal entendida e ainda não muito divulgada. Existe um enorme abismo, em especial entre aqueles que oferecem tratamento para pacientes que padecem de dor, em entender que nocicepção é apenas o passo inicial para a fenomenologia dolorosa. Estudos realizados em seres humanos identificaram modificações expressivas em regiões do encéfalo comuns entre aquelas ativadas e estruturalmente modificadas de modo temporário ou permanente quando o processamento nociceptivo e emocional é desencadeado e mantido. Descobriu-se também que não há regiões que processam exclusivamente a nocicepção, mas sim que concomitantemente elaboram ou modulam a fisiologia de ambos. Além disso, há evidências de

que a mesma fenomenologia é evocada quando outras qualidades e modalidades sensitivas, especialmente as conscientes, são processadas.

PRODUTOS http://lista.mercadolivre.com.br/_CustId_161477952

É, portanto, oportuna a divulgação das recentes aquisições no campo da fenomenologia psicológica relacionada à nocicepção, à dor e ao sofrimento. Nesse contexto, esta obra cumpre uma lacuna existente em nosso meio e traz atualizações sobre o esclarecimento de questões biológicas e clínicas essenciais e avançadas sobre razões de ocorrência, análise, orientação e condução daqueles que padecem com a nocicepção, a dor e o sofrimento. Os capítulos que a compõem foram elaborados e revisados com esmero pelos seus autores, personagens consagrados na área de investigação básica e aplicada na área de dor em nosso meio, e que, em seus memoriais, demonstram dotar de conhecimentos profundos sobre os temas que desenvolveram e de sabedoria para analisá-los, acrescentando a essência de suas contribuições pessoais sobre essa temática tão complexa. O desenvolvimento deste livro prima pela clareza, exatidão, retidão e objetividade, de modo a oferecer aos leitores visão avançada, ampla e com evidenciação de perspectivas futuras sobre a dor em toda a sua magnitude de significado. Torna-se, assim, referência destacada para profissionais dedicados às ciências da saúde, que atuam em laboratórios de investigação, nas áreas de políticas de saúde e, especialmente, no árduo campo dos cuidados destinados aos que sentem dor. Tenho a certeza de que todos os leitores absorverão conhecimentos que deverão reformular o modo de como interpretar melhor nossos semelhantes que sentem dor.

Manoel Jacobsen Teixeira
Professor Titular da disciplina de Neurocirurgia do Departamento de Neurologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
Chefe e Fundador do Centro de Dor do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
Diretor da Divisão de Clínica Neurocirúrgica do Instituto Central e da Divisão de Neurocirurgia Funcional do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

VENDEDOR APOSTILASMEDICINA@HOTMAIL.COM
PRODUTOS http://lista.mercadolivre.com.br/_CustId_161477952

Sumário

Parte 1 Um Olhar da Psicologia sobre a Dor,

1 Dor | Visão Psicanalítica,
Vera Lopes Besset

2 Dor | Visão Comportamental,
Luc Vandenberghe

3 Dor | Visão Psicofisiológica,
Sâmia Aguiar Brandão Simurro

4 Dor | Visão Biopsicossocial,
Jamir Sardá Júnior

Parte 2 A Psicologia e a Clínica de Dor,

5 História e Evolução das Clínicas de Dor,
Raquel Alcides dos Santos

6 A Comunicação Médico-Paciente da Dor Total no Câncer,
Ana Valéria Paranhos Miceli

7 A Resiliência Familiar e a Equipe Multiprofissional de Dor,
Rosane Raffaini Palma

8 A Adesão ao Tratamento Interdisciplinar na Dor Crônica,
Adrianna Loduca

Parte 3 O Impacto Biopsicossocial da Dor,

9 Dor, Atenção e Memória,
Adriana Sleutjes

10 Aspectos da Personalidade na Síndrome de Fibromialgia,
Danyella de Melo Santos

11 Gênero e Enfrentamento da Dor Central,
Mariana Nogueira

12 Habilidades Sociais na Síndrome de Fibromialgia,
Maria Amélia Penido

13 A Compreensão da Dor na História de Vida de Pessoas com Dor Crônica,
Cristiani Kobayashi

14 Reconhecimento e Avaliação da Dor no Câncer,
Catarina Nívea Bezerra

VENDA DE LIVROS DE MEDICINA@HOTMAIL.COM
PRODUTOS http://lista.mercadolivre.com.br/_CustId_161477952

Parte 4 Intervenções Psicoterapêuticas na Dor,

15 Dor e Sofrimento | Eficácia da Terapia Cognitivo-comportamental em Grupo,
Martha Moreira Cavalcante Castro

16 Grupos Operativos no Enfrentamento da Síndrome de Fibromialgia,
Andréa G. Portnoi

17 *Biofeedback* no Tratamento da Migrânea,
Dirce Maria Navas Perissinotti

18 Técnicas de Relaxamento no Tratamento da Síndrome de Fibromialgia,
Luiz Paulo Marques de Souza

19 Novos Caminhos no Tratamento da Síndrome de Fibromialgia e Método Rolfing®,
Paula Stall

VENDEDOR APOSTILASMEDICINA@HOTMAIL.COM
PRODUTOS http://lista.mercadolivre.com.br/_CustId_161477952



Parte 1

Um Olhar da Psicologia sobre a Dor

VENDEDOR APOSTILASMEDICINA@HOTMAIL.COM
PRODUTOS http://lista.mercadolivre.com.br/_CustId_161477952

1

Dor | Visão Psicanalítica

Vera Lopes Besset

Dor crônica | Desafio

As reflexões expostas neste capítulo provêm das pesquisas[a] em andamento no Núcleo de Pesquisas Clínica Psicanalítica (CLINP) sobre o fenômeno da dor crônica por meio de uma abordagem psicanalítica.

Entendida como experiência sensorial e emocional desagradável associada a dano tecidual real ou potencial,[1] a dor é considerada tradicionalmente um sinal, "sintoma que alerta para a ocorrência de lesões no organismo".[2] No entanto, são numerosos os exemplos de dores corporais rebeldes sem base fisiológica observável; algumas iniciadas após acidentes, feridas ou operações por vezes benignas). Estados dolorosos crônicos sem substrato orgânico definido, doenças da dor, são referidos desde o século 19.[3] Por ter perdido seu caráter de alarme, a dor crônica tem relação com um emaranhado de determinações de ordem somática, psicológica e/ou ambiental. Com o objetivo de solucionar o que é considerado ponto cego da medicina, novas estratégias de tratamento têm sido adotadas e esforços sem precedentes realizados para a compreensão das diferentes modalidades sensoriais (p. ex., somática, visceral), de suas localizações e da adaptação dos procedimentos de tratamento para públicos específicos.[4] Em virtude de suas aporias, é a dor que se torna, por assim dizer, a doença.[5] Para Santos,[6] "A singularidade dessa nova medicina da dor baseia-se essencialmente no reconhecimento da dor como objeto de atenção médica por si só e como experiência, cujos aspectos envolvidos só podem ser eficazmente avaliados e tratados a partir da interação efetiva de uma equipe interdisciplinar" (p. 144, 145).

O diagnóstico e o tratamento da dor crônica têm mobilizado profissionais de diferentes áreas e é uma das razões mais comuns de procura por atendimento médico e afastamento do trabalho, podendo ser considerada essa questão como um problema de saúde pública.[7] As síndromes de dor crônica têm a dor como sintoma principal e são classificadas de acordo com a região acometida em: cervicobraquialgia, lombalgia, fibromialgia, cefaleia.[8] A fibromialgia, relatada com bastante frequência, pode ser considerada paradigmática entre as dores crônicas. No Brasil, segundo o Ministério da Saúde,[9]essa síndrome acomete 8% da população, predominantemente as mulheres. Nela prevalece a dor generalizada, referidas nos músculos e em suas estruturas anexas (tendões e ligamentos), em distintas regiões do corpo.[10] Em geral, essas dores são concomitantes a outras manifestações corporais, como cansaço, rigidez muscular, perturbações do sono etc. Apesar desse agrupamento de sintomas relativamente bem estabelecido e da evolução clínica conhecida, até o momento a Medicina ainda não logrou a descoberta de uma causa orgânica para a fibromialgia. Não são mencionadas lesões teciduais relacionadas com a síndrome e não existe marcador biológico patognomônico desse diagnóstico; além disso, não há resposta homogênea à terapêutica farmacológica e, em muitas situações, a dor permanece mesmo sendo empregados os mais poderosos analgésicos, como a morfina e seus derivados sintéticos. Alguns autores, como Aragon,[11] relatam que o tratamento medicamentoso mais eficaz entre os pacientes fibromiálgicos não utiliza analgésicos nem anti-inflamatórios, mas antidepressivos.

No "Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dor Crônica" citado anteriormente, [9] afirma-se que os pacientes com dor crônica sofrem frequentemente de depressão e recomenda-se o tratamento. De fato, na literatura especializada a

dor crônica é relacionada com a somatização ou com a conversão histérica e acompanhada transtornos de ansiedade e depressão.[12] Evidências da concomitância entre a dor crônica e estados depressivos são apresentadas em vários estudos.[13-17] Em geral, a explicação dessa relação tem como base o funcionamento do organismo e o viés neuroquímico.[18] Com frequência, torna-se difícil definir se é a dor que motiva a depressão ou se, ao contrário, a dor pode ser expressão da depressão. Em psicanálise, o termo depressão não tem o mesmo sentido daquele utilizado em medicina; designa geralmente um conjunto de sentimentos, que pode ser uma tristeza que acomete um indivíduo às voltas com a queda de seus ideais, ou estados graves de inibição melancólica acompanhados, muitas vezes, de fenômenos elementares de psicose e de intenção suicida com evolução funesta.[19] A dependência da dor crônica ou persistente com relação às condições psíquicas abre um campo de investigação interessante.

Contrapondo-se ao mistério que recobre o fenômeno da dor, pode-se afirmar que a medicina nunca esteve tão preparada, em termos farmacológicos e terapêuticos.[20] Enquanto as práticas de cuidado se desenvolvem em técnicas cada vez mais sofisticadas, a objetivação do fenômeno da dor parece se situar em uma vontade maior de sedação, sob a pena de excluir, por esse mesmo movimento, um sujeito da enunciação para a afirmação de uma ordem totalitária da saúde.[21] Quando a medicina concede a palavra ao paciente no contexto de sua dor é, com frequência, em resposta à decepção dos profissionais de saúde confrontados com a impotência diagnóstica. Do exposto, confirma-se que a parceria entre diversos saberes[22] pode inscrever o tratamento da dor crônica em uma abordagem multidisciplinar.[23,24] Como Lacan predisse em uma conferência sobre o tema em 1966,[25] a medicina contemporânea deveria considerar, em sua relação com a ciência e as leis tanto da biologia como da genética, a importância da clínica do particular.

Para a psicanálise, a dor crônica expõe questões cruciais sobre o corpo e a regulação das pulsões.[26] Diante do enigma de uma dor que faz sua morada no corpo e, tal como o sintoma, se repete e, como a pulsão, insiste; a psicanálise é convocada a intervir,[27] aceitando a abordagem multidisciplinar indicada para seu tratamento.[28] Trata-se de uma dor que, em alguns casos, como sintoma histérico, "fala", "entra na conversa"[29] e, em outros, ao contrário, "se cala", se mostra "muda",[30] como em casos de psicose nos quais podem ter a função de uma suplência para a construção de um corpo possível.[31]

Da dor sem sentido ao sentido da dor

Apesar de a obra freudiana[b] não se aprofundar no tema, abordando-o em momentos pontuais,[32,33] a dor, se considerada em sentido amplo, como sofrimento, está na base da criação da clínica psicanalítica. Em especial, os sofrimentos no corpo, como no caso da jovem mulher com diagnóstico de histeria, que esteve aos cuidados do médico vienense Joseph Breuer.[29]

Na descrição feita por Freud,[34] Anna O., como ficou conhecida na história da psicanálise, "sofreu paralisia, com rigidez das duas extremidades do lado direito, que permaneciam insensíveis, e às vezes essa mesma afecção nos membros do lado esquerdo; alterações nos movimentos oculares e múltiplas deficiências na visão, dificuldades para sustentar a cabeça, intensa *tussis nervosa*, asco aos alimentos e, durante várias semanas, incapacidade para beber, apesar de uma sede martirizante; ademais, diminuição da capacidade de fala, a ponto de não poder se expressar ou não compreender sua língua materna e, por último, estados de ausência, confusão, delírio, alteração de sua personalidade toda..."[c] O estudo deste caso possibilitou o delineamento de algumas noções que se tornaram fundamentais para a compreensão da histeria, dentre ela a conversão, segundo a qual os sintomas da histeria são uma derivação de excitação escoadas de maneira indevida:[34] "...os sintomas da histeria dependem de cenas impressionantes, porém esquecidas, de sua vida (trauma)...; esses sintomas correspondem a uma aplicação anormal de magnitudes de excitação não tramitadas (conversão)" (p. 8).[d] Ao mesmo tempo, reafirma-se a causalidade traumática dessa afecção, segundo a proposta que Freud atribui a Charcot.[35]

O caráter inovador dessa concepção fica evidente quando lembramos que, em meados do século 19, uma mulher com histeria era tratada como uma simuladora e considerada bruxa nos séculos anteriores. Fazia-se, então, uma ligação entre a histeria e os genitais femininos. Os trabalhos de Charcot, como aponta Freud, possibilitaram uma mudança na abordagem da histeria, demonstrando que nela imperam uma lei e uma ordem. Todavia, em nosso século, em consonância com o predomínio do mestre contemporâneo,[36] a classificação psiquiátrica em voga (DSM) reduziu as manifestações psicopatológicas a "transtornos" e excluiu a histeria das categorias nosográficas. Na categoria *transtornos somatoformes*, propõe o *transtorno de somatização*, "caracterizado pela combinação de dor, sintomas gastrintestinais, sexuais e pseudoneurológicos" (p. 469).[37] Vale ressaltar que "...a retomada dos princípios freudianos a respeito do sintoma da histeria como sintoma que fala e encerra uma significação apresenta relevância política para o campo da psicanálise".[38] Isto, porque, para operar, a psicanálise depende, por um lado, do sintoma e, por outro, do poder da fala em afetar o corpo e o pensamento.

Algumas formulações freudianas sobre a dor são a base da reflexão de alguns psicanalistas[39-41] que se dedicam ao trabalho sobre esse tema atualmente. Em especial, as que se referem a vicissitudes na capacidade do aparelho psíquico lidar com o excesso que seria próprio da dor. Ao longo da obra de Freud, a dor é associada a um excesso, segundo uma concepção quantitativa ou econômica.[32] No projeto de Psicologia,[42] o autor afirma que "o sistema de neurônios tem a mais decidida inclinação a fugir da dor" (p. 351).[e] A dor corresponderia ao fracasso do sistema em proteger o aparelho psíquico, afastando grandes quantidades de energia oriundas do mundo externo. Em decorrência desse fracasso, altos níveis de energia externa afetam o sistema nervoso e aumentam os níveis de excitação que causam desprazer, percebido

como dor, e buscam uma descarga motora. E "da vivência da dor resulta a repulsa, uma *defesa primária* do aparelho psíquico, uma aversão a manter investida a imagem mnêmica hostil" (p. 367).[f]

Valendo-se das elaborações de Freud sobre excesso (de energia não escoada) e trauma, atualizadas por autores pós-freudianos, Arán e Alcides[39] acrescentam: "A partir destas teorizações sobre o trauma, poderíamos afirmar que a dor pode se manifestar como excesso não introjetado pelo aparelho psíquico" (p. 101). Concluem que construir um espaço terapêutico com base na clínica interdisciplinar "se constitui como desafio cotidiano que exige disponibilidade de criatividade por parte dos profissionais psi" (p. 104). Nesse espaço, mantém-se a referência ao sentido como proposta de tratamento, tomando-se por base as sensações corporais. Igualmente em consonância com a proposta freudiana, Leite e Pereira[40] entendem que "A dor marca o limite do eu atravessado por um excesso. Ela erotiza o corpo que arrisca revelar-se como carne crua, reveste o corpo orgânico que tanto horroriza a histérica" (p. 102).

Forte dor, de natureza imprecisa, que sobrevinha rapidamente ao andar ou ficar em pé foi relatada por Elisabeth von R., paciente de Freud.[43] Apresentando-se como uma fadiga dolorosa, essa dor não sinalizava afecção orgânica mais séria, segundo o autor, já que as indicações da paciente sobre as características de sua dor, diferentemente do enfermo que sofre de dor orgânica e a indica com precisão e tranquilidade, eram imprecisas. Freud considera que se trata de uma histeria porque aquele que sofre de dor orgânica, ao ser estimulado em um lugar doloroso, mostra "uma expressão inconfundível de mal-estar ou de dor física; além disso, o paciente se sobressalta, se esquiva do exame, se defende" (p. 153).[42] Em contrapartida, em resposta ao mesmo tipo de estimulação, o rosto de sua paciente "assumia uma expressão peculiar, mais de prazer do que de dor".[42] Nesse caso, Freud concede à fala de sua paciente o valor de uma verdade particular e conclui que o padecer físico da paciente forneceu expressão simbólica para seus pensamentos de teor doloroso.

S. foi diagnosticado com fibromialgia e frequenta o serviço de dor crônica, que é atrelado a nossa pesquisa-intervenção.[g] É acompanhado por médico e psicóloga (semanalmente) e participa de um *grupo de fala* em reunião mensal coordenada pelos profissionais anteriormente mencionados. Recentemente, ao relatar ter vivido 14 dias sem a dor, o que percebeu pelo número de remédios que deixara de tomar, acrescentou: *"As coisas que a Dra. X (estagiária do serviço) fala ficam... vou embora pensando nelas. Devo dizer que doem. Sabem por que doem? Porque ficam na gente como alfinetes ... "*(sic). S. parece ter substituído, mesmo que em um intervalo, a dor no corpo por algo que a implica seu ser de gozo. Algo que remete ao feminino pelo viés da maternidade e a interroga como questão, incômoda como alfinete. Nesse caso, a dor corporal sem causa orgânica indica seu caráter de mensagem a ser decifrada. Revela-se um sintoma freudiano: tem relação com a história do sujeito, tem um sentido e se oferece à decifração. Entretanto, em alguns casos, a dor não se apresenta como sintoma analítico, mostrando-se impermeável à interpretação. Por vezes, tal como os sintomas obsessivos,[44] remetem-nos a um sentido[45] de satisfação pulsional.[46]

Dor como enigma | Aposta da psicanálise

A dor crônica (sintoma) pode se apresentar na neurose como modo de gozo ou fenômeno psicossomático em qualquer estrutura clínica. Nesse ponto, concordamos com alguns autores[47-49] que acreditam que os fenômenos de conversão não elucidam por completo o determinismo psíquico da dor. Gaspard[49] expõe: "Com efeito, mesmo se o quadro clínico da histeria não deixa de lembrar a histeria, o acontecimento ao corpo que constitui a fibromialgia não é de todo redutível a um fenômeno de conversão (solução neurótica como resposta a numerosas recusas do corpo) nem a um fenômeno psicossomático, até mesmo a um efeito subjetivo de patologias orgânicas ou autoimunes (p. 137, tradução da autora).[h] Na mesma vertente, Castellanos[50] assinala que, contrariamente aos sintomas de histeria, os sofrimentos das dores crônicas não são facilmente identificáveis. Esse autor propõe uma leitura da dor como linguagem do corpo, afirmando que, nesses casos, "o corpo atua como curto-circuito, suportando o sintoma, a dor que não foi transmitida pela via simbólica, a dor dos afetos, das angústias ou do sofrimento" (p. 110). De todo modo, a indicação freudiana continua válida, o corpo próprio é uma das três fontes de sofrimento para o homem (p. 76).[50]

Toda doença dolorosa exerce influência sobre os investimentos libidinais. Essa é a tese que Freud apresenta em seu célebre texto sobre o narcisismo,[51] quando sofre de dor a pessoa deixa de se interessar por qualquer coisa que não se relacione com seu sofrimento. Explicita, citando um trecho de outro autor, que descreve a dor de dentes de um poeta: "na estreita cavidade de seu molar se recolhe toda sua alma" (p. 79).[i] Para o autor:[52] "*A melancolia consistira no luto pela perda da libido"* (p. 240; grifos do original).[j] Perda que ocorre "mediante uma *hemorragia interna*, digamos assim, nasce de um empobrecimento de excitação... Como inibição, esse recolhimento tem o mesmo efeito de uma ferida (ver a teoria da dor psíquica), analogamente à dor" (p. 245).[k] Na melancolia, diferentemente do luto, não se sabe o que foi perdido, embora a perda possa estar referida a um objeto.[53] Para Freud,[54] tanto quanto a angústia, a dor é efeito de uma perda, ambas têm relação com a separação: "A dor é, portanto, a reação genuína frente à perda do objeto; a angústia o é frente ao perigo que essa perda traz e, em ulterior deslocamento, ao perigo da perda mesma do objeto" (p. 159).[1]

Cardoso e Paraboni[41] interessam-se pelas relações entre a impossibilidade do luto, a melancolia e a dor crônica. Em referência ao trauma e à falta de recursos frente ao luto, afirmam: "A dor física crônica passa a ser superinvestida continuamente para que a perda do objeto – em última análise, a perda no eu – não resulte em aniquilamento. A dor física parece ser investida como uma espécie de maternagem paradoxal: simultaneamente, protetora e mortífera" (p. 118). Alguns dados de pesquisa em clínica médica relacionam a perda de entes queridos e o surgimento dos primeiros sintomas de fibromialgia na maioria dos casos.[55] Isso foi constatado no caso clínico de uma jovem que sentia uma intensa dor no joelho que a impedia de caminhar e trabalhar.[50] A dor se estendia por todo o corpo, provocando cansaço e insônia, mas

não apresentava causas orgânicas. Nos encontros com o analista, a jovem relatou perdas relacionadas com adoecimentos e mortes de pessoas da família. Esse trabalho propiciou a elaboração do luto, no qual a fala do sujeito substituiu a fala do corpo, possibilitando que o sintoma cedesse, "caso em que os analgésicos não haviam demonstrado nenhuma eficácia" (p. 15).[m]

Na psicose, a dor pode participar de um esforço para apreender os limites corporais[56] ou, até mesmo, como em casos de esquizofrenia, corresponder a uma tentativa de "se fazer um corpo".[57] Esse corpo, pelas dores e sensações difusas que produz, torna-se parceiro do sujeito. Segundo Freud,[48] a dor faz-nos conhecer partes de nosso corpo das quais não tínhamos conhecimento antes de a sentirmos. Afirma[58] que a dor torna possível construir a representação do corpo próprio: "Também a dor parece desempenhar um papel nisso, e o modo em que na base de enfermidades dolorosas se tem nova notícia de seus órgãos, é talvez o arquetípico do modo pelo qual cada um chega à representação de seu próprio corpo" (p. 27).[n] Sobre isso, no esteio da concepção freudiana, e avançando a partir da noção de gozo, Lacan[59] afirma: "Pois o que eu chamo gozo no sentido no qual o corpo se experimenta é sempre da ordem da tensão, do forçamento, da despesa, até mesmo da exploração. Há, incontestavelmente, gozo no nível em que a dor começa a aparecer, e nós sabemos que é somente nesse nível da dor que se pode experimentar toda a dimensão do organismo que, do contrário, permanece velada" (p. 9).[o]

Ao destacarmos a função da dor, interessa-nos sua dimensão de solução subjetiva com relação aos impasses de um falasser. Uma dessas funções pode ser o alcance da satisfação, se acompanhamos as formulações freudianas sobre o sadismo e o masoquismo, entendidos como perversões.[60] Freud explicita que "a pele, em alguns lugares do corpo, se torna uma zona erógena a fim de satisfazer a pulsão" (p. 98). Mas, no masoquismo, tanto como no sadismo, não é a dor em si que é buscada, mas a excitação sexual concomitante.[61]

Por vezes, por sua recorrência e cronicidade, podemos supor que a dor crônica promoveria uma suplência ou um enlaçamento, em casos de psicose extraordinária ou ordinária; valemo-nos da distinção proposta por Miller.[62] No que tange à psicose ordinária, seria interessante investigar se a dor crônica pode funcionar como possibilidade, entre outras, de enganche[p] com o outro.[63] De todo modo, extrema prudência[64] é recomendada em relação à dor crônica rebelde e aos fenômenos do corpo.

Nos casos em que a imagem do corpo não fornece a um sujeito a crença de ter um corpo e, em consequência, de existir no mundo, a dor, como sensação, pode vir a desempenhar essa função. É a hipótese de Ebtinger[65] na abordagem do caso clínico de um sujeito acometido por dor física permanente após sofrer um acidente, quando já não se podia assinalar nenhuma causalidade orgânica para tal. A dor começou depois de um acidente de carro que aconteceu em dois tempos. Na primeira batida, mais leve, o homem manteve-se bem. No entanto, após a segunda batida, mais forte e inesperada, o homem perdeu a consciência por alguns instantes e viveu um sentimento de irrealidade, acreditava estar morto. Quando os lugares que sofreram choque começaram a doer, o paciente diz que pôde compreender que estava vivo. Naquele instante da batida, ele perdeu a percepção de seu corpo que se traduziu por um sentimento de irrealidade do mundo. A dor tinha para esse homem uma função: a aliança entre corpo, realidade e vida – "É a sensação de seu corpo que funda sua realidade e não a imagem que ele tem dele mesmo" (p. 150).

N. vai se consultar por indicação de seu médico, mas não tem ideia do que irá fazer no consultório de um analista. Rapidamente, esses encontros tomam o aspecto de uma conversação.[66] A dor no corpo não é tema dessas conversas, mas as relações com os outros, que causam problemas para ele. Muito rapidamente a dor se acalma e o médico se surpreende. Mas a dor não acaba. É, para N., uma hipótese, o modo de interrogar o outro sobre o gozo estranho, fora das normas, o gozo feminino. A fibromialgia, de maneira contingente, possibilitou seu encontro com um analista.

Sustentar a enunciação do sujeito em sua tentativa de construção de uma teoria pessoal para sua dor[67] revela-se adequado e recomendável nos casos de dor crônica "imotivada".[q] Entre outros termos, ao menos em alguns casos, a questão seria fazer o corpo "falar" de uma dor (psíquica) impossível de simbolizar.[68] Quando não é possível "fazer falar" a dor, o recurso à noção de sintoma como solução, delineado no ensino de Lacan e retomado por autores contemporâneos,[69] apontam a importância de se investigar, em cada caso, a função da dor.[28]

Ao contradizer o saber médico sobre o organismo e suas funções, a dor crônica remete ao que ocorreu com a histeria no final do século 19.[70] No âmbito da psicanálise, particularmente no que tange à fibromialgia, que acomete em grande parte mulheres, alguns autores a definem como um sintoma de histeria contemporâneo, entre outros, Slompo e Bernardino.[71] Essas autoras, que realizaram entrevistas com pacientes em uma instituição pública, sustentam "que a fibromialgia, tal como descrita nos dias de hoje, faz parte do quadro clínico da histeria, ou seja, que os sujeitos diagnosticados com fibromialgia são, na verdade, pacientes que apresentam sintomas de histeria" (p. 265). Certamente, entre os "dolorosos crônicos" encontramos sujeitos com histeria que, guardadas as devidas proporções, nos remetem ao caso de Elisabeth, cuja dificuldade de andar se ligava a sofrimentos de amor.[43]

Tal como as mulheres com histeria, nos primórdios da clínica freudiana, na atualidade a fibromialgia nos convoca ao trabalho, especialmente quando nos debruçamos sobre o feminino. Ela acomete principalmente as mulheres, tal como a anorexia; embora acometa sujeitos que, mesmo habitando corpo de homem, são especialmente afetados pelo feminino. Nesses casos, é possível supor que a dor crônica se manifeste no lugar de uma dor de luto ou de uma dor de amor.[72,73] Para Castellanos[50] "A demanda de amor ocupa na sexualidade feminina uma função incomparável em relação ao masculino. Essa demanda de amor, potencialmente infinita, pode retornar sob a forma da devastação" (p. 64). O autor acrescenta: "...é um fato indiscutível da clínica da fibromialgia que a devastação na mulher pode experimentar-se no corpo como dor, porque desestrutura os equilíbrios libidinais próprios da mulher, já que o gozo feminino não tem a localização

estável da sexuação masculina (p. 64, 65). Para algumas mulheres, a *contingência* do encontro amoroso parece se inscrever no registro da *necessidade*. Assim, importa ser amada mesmo que como objeto-dejeto. Em alguns sujeitos no feminino, essa modalidade de amor pode se traduzir em sofrimentos 'imotivados' no corpo. Trata-se, nesses casos, da experiência do amor em sua face real, pulsional, na qual a dor de amor se explicita no corpo como dor crônica.

Em um tempo no qual a ideia do homem como um complexo circuito de neurônios *vivificado* por substâncias ganha força e prestígio, a psicanálise reafirma seu dever ético de manter aberto o debate sobre o sujeito e aquilo que o afeta.

Referências bibliográficas

1. BOGDUK, N.; MERSKEY, H. Classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. 2nd ed. Seattle: IASP,1994.
2. TEIXEIRA, M. J. F. Fisiopatologia da nocicepção e da supressão da dor. Curitiba: JBA, 2001. v. 1, n. 4, p. 329-334.
3. MENKÈS, C. J.; GODEAUL, P. La fibromyalgie. Bull. Acad. Natle Méd, v. 191, n. 1, p. 143-148, 2007. Disponível em: http://www.academie-medecine.fr/detailPublication.cfm?idRub=26&idLigne=317. Acessoem: 1 ago. 2010.
4. MÁRQUEZ, J. O. A dor e os seus aspectos multidimensionais. Cienc. Cult., v. 63, n. 2, p. 28-32, 2011. Disponível em: http://cienciaecultura.bvs.br/pdf/cic/v63n2/a10v63n2.pdf. Acesso em: 30 jun. 2013.
5. BOUREAU, F. Pratique du traitement de la douleur. Rueil – Malmaison: Doin, 1988.
6. SANTOS, R. A. Estratégias terapêuticas no tratamento da dor crônica: uma genealogia da clínica da dor. Dissertação. 150 f. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2009.
7. ELLIOTT, A. M. et al. The epidemiology of chronic pain in the community. The Lancet, Nova Iorque, v. 354, p. 1248-1252, 1999.
8. OLIVEIRA, J. T. Aspectos comportamentais das síndromes de dor crônica. Arq. Neuro-Psiquiatr., São Paulo, v. 58, n. 2A, 2000. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2000000200027&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 1 ago. 2010.
9. BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. Portaria nº 1.083, de 02 de outubro de 2012. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dor Crônica. Brasília, DF. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pt_sas_1083_dor_cronica_2012.pdf. Acesso em: 30 jun. 2013.
10. HEYMANN, R. E. et al. Consenso brasileiro do tratamento da fibromialgia. Rev. Bras. Reumatol., v. 50 n. 1, p. 56-66, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0482-50042010000100006. Acesso em: 15 dez. 2010.
11. ARAGON, L. E. P. Fibromialgia: perspectivas de um campo problemático. Interface Comun. Saúde Educ., v. 14, n. 32, p. 155-69, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/icse/v14n32/13.pdf. Acesso em: 07 jun. 2012.
12. SAVI, G. et al. Fibromialgia y depresión. Evolución de la fibromialgia en pacientes deprimidos y no deprimidos. Rev. Psiquiatr. Urug., v. 62, n. 1, p. 9-17, 1997.
13. BRASIL, I. S. P. S.; PONDÉ, M. P. Sintomas ansiosos e depressivos e sua correlação com intensidade da dor em pacientes com neuropatia periférica. Rev. Psiquiatr. Rio Gd. Sul, v. 31, n. 1, p. 24-31, 2009.
14. PIMENTA, C. A. M.; KOIZUMI, M. S.; TEIXEIRA, M. J. Dor crônica e depressão: estudo em 92 doentes. Rev. Esc. Enferm. USP, v. 34, n. 1, p. 73-83, 2000.
15. POLESHUCK, E. L. et al. Pain and depression in gynecology patients. Psychosomatics, v. 50, n. 3, p. 270, 2009.
16. CASTRO, M. et al. Comorbid anxiety and depression disorders in patients with chronic pain. Arq. Neuro-Psiquiatr., v. 67, n. 4, p. 982-985, 2009.
17. SANTOS, A. M. B. et al. Depressão e qualidade de vida em pacientes com fibromialgia. Rev. Bras. Fisioter., v. 10, n. 3, 2006.
18. STAHL, S. et al. Understanding pain in depression. Hum. Psychopharmaco Clin. Exp., v. 19, p. S9-S13, 2004.
19. REYS, B. N.; BESSET, V. L. Le corps dans la dépression et la mélancolie. Colloque *«La souffrance de l'être: ses formes modernes, ses traitements»*. Comunicação. Rennes2, nov. 2011.
20. CROIX, L. La douleur en soi. De l'organique à l'inconscient. Ramonville St Agne: Eres, 2002.
21. GORI, R.; DEL VOLGO, M. J. La santé totalitaire: essai sur la médicalisation de l'existence. Paris: Denoël, 2005.
22. GASPARD, J. L. Discurso médico e clínica psicanalítica: colaboração ou subversão. In: RUDGE, A. M.; BESSET, V. (Orgs.). Psicanálise e outros saberes. Cia de Freud/FAPERJ, p. 87-108, 2012.
23. LIMA, M. A. G.; TRAD, L. A. B. Dor crônica: objeto insubordinado. Hist. Ciênc. Saúde-Manguinhos, v. 15, n. 1, p. 117-133, 2008.
24. PERISSINOTTI, D. N.; FIGUEIRÓ, J. A. B. Psicoterapias: indicação, modalidades e tratamento para doentes com dor. In: FIGUEIRÓ, J. A. B.; ANGELOTTI, G.; PIMENTA, C. A. M. Dor e Saúde Mental. São Paulo: Atheneu, 2005. p. 93-104.
25. LACAN, J. O lugar da psicanálise na Medicina. Opção Lacan., n. 32, p. 8-14, 2001.
26. ABELHAUSER, A. (2010) La douleur: parole – ou fonction – du corps? Conferência (inédita). III JORNADA DE ESTUDOS DO CLINP (Núcleo de Pesquisas Clínica Psicanalítica) – UFRJ/CNPq. 22.10.2010. Instituto de Psicologia/UFRJ. Rio de Janeiro. Brasil.
27. LIMA, M. A. G.; TRAD, L. A. B. A dor crônica sob o olhar médico: modelo biomédico e prática clínica. Cad. Saúde Pública, v. 23, n. 11, p. 2672-2680, 2007.
28. BESSET, V. L. et al. Um nome para a dor: fibromialgia. Rev. Mal-Estar e Subj., v. 10, n. 4, p. 1243-67, 2010.
29. FREUD, S. Estudios sobre la histeria (Breuer y Freud) (1893-1895). In: Obras Completas. v. II. Buenos Aires: Amorrortu, 1986. p. 45-194.
30. MILLER, J. A. O sintoma e o cometa. Opção Lacan., v. 19, p. 5-13, 1997.
31. BESSET, V. L.; BRANDÃO JÚNIOR, P. M. C. Quando a dor faz corpo. Revista Borromeo. n. 3, p. 433-449, 2012. Disponível em:http://borromeo.kennedy.edu.ar/Artculos/QuandoadorfazcorpoLopesBesset.pdf. Acesso em: 30 jun. 2013.
32. ESPINOZA, M. P. V. A solução da dor. Fibromialgia e psicanálise. 2013. 169 f. Tese (Doutorado). Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.
33. MELO, C. Fibromialgia: da clínica atual à freudiana e retorno. 2013. 98 f. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.
34. FREUD, S. Cinco conferencias sobre psicoanálisis (1910). Obras Completas. Buenos Aires: Amorrortu, 1986. v. XI, p. 1-52.
35. FREUD, S. Informe sobre mis estudios en Paris y Berlín (1956[1886]). Obras Completas. Buenos Aires: Amorrortu, 1986. v. I, p. 1-16.
36. VIEIRA, M. P. et al. Sobre laços, amor e discursos. In: Psicologia em Revista, v. 15, n. 2, p. 149-165, 2009.
37. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Claudia Dornelles. (trad.). 4. ed. rev. Porto Alegre: Artmed, 2002.

REVISTAS@ASMEDICINA@HOTMAIL.COM
38. BESSET, V. L. et al. Polêm!ca, v. 9, n. 4, p. 35-42, 2010.
39. ARÁN, M.; ALCIDES, R. Sobre a clínica da dor: o desafio da construção de um espaço terapêutico. In: BIRMAN, J.; FORTES, I.; PERELSON, S. Um novo lance de dados: psicanálise e Medicina na contemporaneidade. Rio de Janeiro: Cia de Freud, 2010. p. 89-106.
40. LEITE, A. C. C.; PEREIRA, M. E. C. Sofrimento e dor no feminino. Fibromialgia: uma síndrome dolorosa. Revista Psychê, v. 7, n. 12, p. 97-106, 2003.
41. CARDOSO, M. R.; PARABONI, P. Apelo ao outro na dor física: a dimensão melancólica da queixa. In: BIRMAN, J.; FORTES, I.; PERELSON, S. Um novo lance de dados: psicanálise e Medicina na contemporaneidade. Rio de Janeiro: Cia de Freud, 2010. p. 107-125.
42. FREUD, S. Proyecto de psicología (1950). Obras Completas. Buenos Aires: Amorrortu, 1986. v. I, p. 323-407.
43. FREUD, S. Señorita Elisabeth von R. (1894). Obras Completas. Buenos Aires: Amorrortu, 1986. v. II, p. 151-194.
44. BESSET, V. L.; ZANOTTI, S. V. A enfermidade dos tabus: do querer gozar ao querer dizer. In: BERLINCK, M. T. (Org.). Obsessiva Neurose. São Paulo: Escuta, 2005. p. 41-50.
45. FREUD, S. El sentido de los síntomas (1917). Obras Completas. Buenos Aires: Amorrortu, 1986. v. XVI, p. 235-249.
46. FREUD, S. Inhibición, síntoma y angustia (1926 [1925]). Obras Completas. Buenos Aires: Amorrortu, 1986. v. XX, p. 71-164.
47. GASPARD, J. L. Le corps du refus dans notre modernité. L'exemple de la fibromialgie. In: GASPARD, J. L.; DOUCET, C. Pratiques et usages du corps dans notre modernité. Toulouse: Eres, 2009. p. 129-139.
48. CASTELLANOS, S. El dolor y los lenguajes del cuerpo. Buenos Aires: Grama, 2009.
49. EBTINGER, P. Douleur dans la réalité subjective. Mental. Revue Internationale de Santé Mentale et Psychanalyse Appliquée, v. 19, p. 148-151, 2007.
50. FREUD, S. El mal-estar en la cultura. (1930 [1929]). Obras Completas. Buenos Aires: Amorrortu, 1986. v. XXI, p. 57-140.
51. FREUD, S. Introducción del narcisismo (1914). Obras completas. B. Aires: Amorrortu, 1986. v. XIV, p. 65-104.
52. FREUD, S. Manuscrito G. Melancolía (1950[1892-99]). Obras completas. Buenos Aires: Amorrortu, 1986. v. I, p. 239-246.
53. FREUD, S. Duelo y melancolía (1917 [1915]). Obras completas. Buenos Aires: Amorrortu, 1986. v. XIV, p. 235-255.
54. FREUD, S. Inhibición, síntoma y angustia (1926). Obras completas. Buenos Aires: Amorrortu, 1986. v. XX, p. 71-164.
55. FARIAS, F. (2011). Fibromialgia: quando a doença é a dor. Intervenção na Mesa Redonda "Conversando com a Medicina". IV Jornada de Estudos do CLINP. 17/10/2011. Instituto de Psicologia. Campus da Praia Vermelha. UFRJ.
56. CASTENET, H.; ANGÈLE, E. La mort, le réel et le corps. Laniez, G. (Org.). À partir de quand est-on fou?. La Rochelle: Himeros, 2008. p. 99-116.
57. PALOMERA, V. Las psicosis ordinarias: sus orígenes, su presente y su futuro. Enigmas del Cuerpo. Revista de Psicoanálisis, v. 2, p. 15-21, 2011.
58. FREUD, S. El yo y el ello (1923). Obras completas. Buenos Aires: Amorrortu, 1986. v. XIX, p. 1-66.
59. LACAN, J. La place de la psychanalyse dans la medicine, Conférence et débat du Collège de Médecine à La Salpêtrière. Cahierdu Collège de Médecine, 1966. Disponível em: http://www.ecole-lacanienne.net/documents/1966-02a 16.doc. Acesso em: 16 dez. 2012.
60. FREUD, S. Tres ensayos de teoría sexual (1905). Obras completas. Buenos Aires: Amorrortu, 1986. v. II, p. 109-224.
61. FREUD, S. Pulsiones y destinos de pulsión (1915). Obras completas. Buenos Aires: Amorrortu, 1986. v. XIV, p. 105-134.
62. MILLER J. A. La psychose ordinaire. La Convention d'Antibes. Paris: Agalma-Le Seuil, 1999.
63. BRODSKY, G. Loucuras discretas. Um Seminário sobre as chamadas psicoses ordinárias. Belo Horizonte: Scriptum Livros, 2011.
64. SOLANO, E. Detalhes e prudência diante das trapalhadas do corpo e seus fenômenos. Correio. Revista da Escola Brasileira de Psicanálise, v. 56, p. 109-123, 2006.
65. EBTINGER, P. Douleur dans la réalité subjective. Mental. Revue Internationale de Santé Mentale et Psychanalyse Appliquée. n. 19, p. 148-151, 2007.
66. DE GEORGES, P. Principes pour une conversation. In: LANIEZ, G. (Org.). À partir de quand est-on fou? Études cliniques. La Rochelle: Éditions Himeros, 2008. p. 21-30.
67. VITTAR, H. Efectos en el cuerpo de la falla en la articulación significante. Enigmas del Cuerpo. Revista de Psicoanálisis, v. 2, p. 22-24, 2011.
68. VIDAL, J. Apuntes sobre fibromialgia «?Qué quiere decir eso?» Una enferma de fibromialgia. Enigmas del Cuerpo. Revista de Psicoanálisis, v. 1, p. 83-86, 2010.
69. BRODSKY, G. A solução do sintoma. Opção Lacan, n. 34, p. 17-25, 2002.
70. BESSET, V. L. et al. Corpo e sintoma na experiência analítica. In: BESSET, V. L.; CARNEIRO, H.F. (Orgs.). A soberania da clínica na psicopatologia do cotidiano. Rio de Janeiro: Garamond/FAPERJ, 2009. p. 147-165.
71. SLOMPO, T. K. M. S., BERNARDINO, L. M. F. Estudo comparativo entre o quadro clínico contemporâneo "fibromialgia" e o quadro clínico "histeria" descrito por Freud no século XIX. Rev. Latinoam. Psicopatol. Fundam., v. 9, n. 2, p. 263-278, 2006.
72. DUPIM, G.; BESSET, V. L. Devastação: um nome para dor de amor. Opção Lacan, v. 2, n. 6, p. 1-6, 2011.
73. PALOMERA, V. Amor, Cuerpo y Locura. Córdoba: CIEC, 2007.

VENDEDOR APOSTILASMEDICINA@HOTMAIL.COM
PRODUTOS http://lista.mercadolivre.com.br/_CustId_161477952

a "Corpo e clínica psicanalítica: usos e funções da dor", apoiada pelo CNPq, e "Corpo e dor: o desafio das dores crônicas. Módulo II", com apoio da FAPERJ, entre outras pesquisas, coordenadas pela autora deste capítulo na pós-graduação em Psicologia, do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

b Os trechos citados neste capítulo referem-se às Obras Completas de S. Freud, publicadas pela Ed. Amorrortu; a versão em português é da autora.

c No original: "Sufrió una parálisis con rigidez de las extremidades del lado derecho, que permanecían insensibles, y a veces esta misma afección en los miembros del lado izquierdo; perturbaciones en los movimientos oculares y múltiples deficiencias en la visión, difficultades para sostener la cabeza, una intensa *tussis nervosa*, asco frente a los alimentos y en una ocasión, durante varias semanas, incapacidad para beber no obstante una sede martirizadora; además, diminución de la capacidad de hablar, al punto de no poder expresarse o no comprender su lengua materna, y, por último, estados de ausencia, confusión, *delirio*, alteración de su personalidad toda...".

d No original: "...los síntomas de los histéricos dependen de escenas impresionantes, pero olvidadas, de su vida (traumas);... estos síntomas corresponden a una aplicación anormal de magnitudes de excitación no finiquitadas (conversión)".

e No original: "El sistema de neuronas tiene la más decidida inclinación a *huir del dolor*".

f No original: "de la vivencia de dolor resulta una repulsión, una desinclinación a mantener investida la imagen mnémica hostil".

g O *Serviço de Investigação e Acompanhamento de Pacientes com Dor Crônica* funciona no Centro de Especialidades de Belford Roxo, estado do Rio de Janeiro, e foi instituído durante o acordo de cooperação firmado entre a prefeitura de Belford Roxo e a UFRJ (publicado em D.O. em março de 2012), é atrelado à pesquisa-intervenção, aprovada por Comitê de Ética (Protocolo de Pesquisa CEP/ME-UFRJ-N. 26/2011) e realizada com apoio da FAPERJ.

h No original: "En effet, même si le tableau clinique n'est pas sans rappeler l'hystérie, l'évenement de corps qui constitue la fibromyalgie n'est pas à tout coup réductible à un phénomène de conversion (solution névrotique que se reencontre dans nombre de refus du corps) ni à un phénomène psychosomatique, voire au retentissement subjectif de pathologies organiques ou auto-immunes".

i No original: "en la estrecha cavidad de su muela se recluye su alma toda".

j No original: "La melancolía consistiría en el duelo por la pérdida de la libido".

k No original: "Mediante una *hemorragia interna*, digamoslo aí, nace un empobrecimiento de excitación... Como inhibición, este recogimiento tiene el mismo efecto de una herida (véase la teoría del dolor psíquico), análogamente al dolor".

l No original: "El dolor es, por tanto, la genuina reacción frente a la pérdida del objeto; la angustia lo es frente al peligro que esa pérdida conlleva, y en ulterior desplazamiento, al peligro de la pérdida misma del objeto".

m No original: "allí donde los analgésicos no habían demostrado eficacia alguna".

n No original: "También el dolor parece desempeñar un papel en esto, y el modo en que la raíz de enfermedades dolorosas uno adquiere nueva noticia de sus órganos es quizás arquetípico del modo en que uno llega en general a la representación de su cuerpo propio".

o No original: "Car ce que j'appelle jouissance au sens où le corps s'éprouve, est toujours de l'ordre de la tension, du forçage, de la dépense, voire de l'exploit. Il y a incontestablement jouissance au niveau où commence d'apparaître la douleur, et nous savons que c'est seulement à ce niveau de la douleur que peut s'éprouver toute une dimension de l'organisme qui autrement reste voilée".

p *Enganche* e *desenganche* remetem ao desligamento do outro na psicose ordinária, diferentemente do *desencadeamento* da psicose extraordinária.

q Imotivada designa a ausência de uma causalidade orgânica, a despeito de a dor se localizar no corpo.

VENDEDOR APOSTILASMEDICINA@HOTMAIL.COM
PRODUTOS http://lista.mercadolivre.com.br/_CustId_161477952



2

Dor | Visão Comportamental

Luc Vandenberghe

O que significa a dor do paciente para o terapeuta comportamental? Compreende-se a dor como sinal de algo prejudicial que precisa ser sanado. A dor aguda pode sinalizar dano nos tecidos ou perigo imediato de danos. A pessoa deve agir para tirar um espinho do pé ou cuidar de um corte na mão, por exemplo. Precisa preservar a parte do corpo que foi machucada, cuidando para que ela sare. O primeiro comportamento (tirar o espinho) é fuga; o segundo (preservar-se, tomar cuidados) é esquiva. Mas quando a dor se torna crônica, é mais difícil saber o que fazer. Por isso, a pessoa procura o terapeuta, e, a partir desse momento, a dor crônica pertence aos dois, ao terapeuta e ao paciente. Torna-se um estímulo que demanda ação dos dois. Mas o que precisa ser sanado?

A terapia comportamental nunca constituiu uma escola clínica unificada. Por isso, não deve causar estranheza o fato de as abordagens comportamentais para a dor crônica se fundamentarem em um leque de escolas de pensamento, entre as quais se destacam como as mais importantes: o modelo do condicionamento clássico, que sustenta a prática da exposição ao vivo; a teoria operante, que subjaz à análise funcional; e, finalmente, o modelo cognitivo. Antes de descrever os diferentes modelos de tratamento para a dor crônica, é necessário apresentar essas três escolas teóricas.

O condicionamento clássico consiste na relação entre estímulos e respostas; baseiase na exposição graduada, proposta para o tratamento de problemas de ansiedade. É relevante para a clínica da dor porque os indivíduos com dor crônica tendem a evitar situações (estímulos) em que já sentiram dor. Como resultado dessa evitação, levam uma vida passiva e vazia, que os deixa mais sensíveis à dor. Durante a exposição graduada, o paciente enfrenta intencionalmente as situações que eliciam a ansiedade por terem relação com vivências dolorosas ou traumáticas do seu passado. A exposição à situação aversiva promove a diminuição da ansiedade. Diminuindo o medo das situações, a pessoa pode voltar a realizar as atividades que tinha abandonado por medo da dor.[1]

O modelo operante enfatiza a relação entre o comportamento e suas consequências. Distingue reforço positivo (quando a consequência que faz aumentar a frequência do comportamento consiste no acréscimo de algo reforçador, por exemplo, aprovação social, ou obtenção de um resultado desejado) de reforço negativo (quando a consequência que faz aumentar a frequência do comportamento consiste na retirada de algo aversivo). Fordyce[2] descreveu como, em quadros de dor crônica, uma consequência a curto prazo (p. ex., evitar ou retirar situações potencialmente dolorosas) pode manter elevada a frequência do comportamento, apesar de este afastar consequências a longo prazo muito mais importantes (realizar projetos, desenvolver trabalhos, participar da vida em família, por exemplo). Nestes casos, o reforço negativo a curto prazo apoia um comportamento de esquiva que é prejudicial a longo prazo.

A análise funcional do comportamento ligado à da dor crônica destaca a preponderância de reforçamento negativo na vida do paciente. Esta tende a ser dominada por esquiva (a pessoa age para evitar uma situação aversiva) e por fuga (a pessoa age para terminar ou diminuir estimulação aversiva). Porém, o reforçamento positivo também está envolvido na manutenção da dor. Pessoas que convivem com o indivíduo que apresenta dor crônica tendem a oferecer reforço quando o paciente emite expressões faciais de sofrimento, tem comportamentos evitativos e outras maneiras de reagir à dor. Geralmente, o reforço positivo não costuma ocorrer, pois o paciente com dor crônica reduz suas atividades diárias em

função da dor. Isso torna os reforçadores ainda acessíveis mais eficientes, mesmo quando são de qualidade inferior. Como resultado, o comportamento de dor, apesar do sofrimento que causa, é facilmente mantido devido a suas consequências.[2]

No modelo operante também se presta atenção ao papel do contexto em que as interações ocorrem. Esse modelo defende que o contexto pode modificar as relações funcionais. A dor muda o contexto dos comportamentos interpessoais de tal maneira que as pessoas que convivem com o indivíduo que apresenta dor crônica começam a reforçar as condutas dele que, normalmente, não reforçariam. Por exemplo, atitudes rígidas ou imposição da vontade dele sobre a dos outros podem ser aceitas pelas pessoas por causa do quadro de dor. Assim, o reforço social no ambiente do paciente pode manter comportamentos disfuncionais, que criam novos problemas em sua vida.[3]

Outra vertente do modelo operante diz respeito ao controle por regras. Uma regra é um comportamento verbal que especifica uma relação funcional. Por exemplo: "*Se eu trabalhar com tanta dor, ninguém acreditará no quanto estou sofrendo"* ou "*Para uma pessoa que sofre tanto, a vida não tem mais nada a oferecer"*. A pessoa que segue regras pode parecer insensível às consequências reais do seu comportamento. É possível que as contingências reais sejam bem diferentes das especificadas na regra. Se a conduta do paciente seguir a lógica contida na regra, perderá os reforçadores que estão disponíveis para ela no seu ambiente, mas não especificados nas regras. E o comportamento de dor pode continuar em função dessas regras, apesar da disponibilidade de reforçadores importantes para comportamentos mais adequados.[4]

A introdução do modelo cognitivo com ênfase no papel causal de crenças e distorções cognitivas (como o pensamento catastrófico) trouxe um estilo clínico que é intuitivamente aceitável para muitos pacientes com quadros de dor. Aborda o problema de diferentes ângulos, visto que a dor é uma experiência subjetiva que envolve uma variedade de componentes afetivos e cognitivos negativos, que podem ser consequências da dor crônica, mas também podem intensificar a percepção da dor. A depressão, o medo e a raiva podem ocorrer em função do que a pessoa acredita sobre a dor (e não somente pela percepção atual da dor), mas podem também ser promovidos por crenças relacionadas com outros aspectos da vida: a inabilidade física decorrente da dor, os familiares que não compreendem o paciente e as suposições que ele faz a respeito dessas experiências adversas.[5]

Terapia de aceitação e compromisso

O modelo operante entende a esquiva da dor como resultado de reforçamento negativo. Ao evitar certas situações ou atividades, a pessoa aprende que pode evitar um pico de dor. Porém, o padrão de esquiva tende a manter-se e a expandir-se quando a situação evitada, na realidade, não é tão dolorosa quanto a pessoa teme. Uma vez que padrões de esquiva estejam bem enraizados no repertório da pessoa, eles se tornam muito resistentes à extinção, na medida em que impedem a pessoa de entrar em contato com a situação temida, mesmo que esta já não seja aversiva. A pessoa continua evitando atividades inofensivas, porque a própria esquiva a impede de sentir que a atividade não é mais (tão) dolorosa. O tratamento deve, então, consistir em promover as atividades que o paciente abandonou. Por meio de um treino gradual para retomar essas atividades, o paciente pode novamente ter contato com grande variedade de fontes de reforço positivo das quais tinha se afastado.[2]

Dahl et al.,[4] McCracken,[6] Robinson et al.[7] e Vowles e Thompson[8] expandiram esse raciocínio clínico para incluir a esquiva de sentimentos e sensações. Postulam que as pessoas se esquivam também de partes da sua vivência interna e não somente de situações externas. Esses autores consideram a esquiva de conteúdos psicológicos difíceis como o problema maior. Basearam-se na terapia de aceitação e compromisso, desenvolvida por Steven Hayes, conhecida pela sigla inglesa ACT (Acceptance and Commitment Therapy). Para uma introdução a essa abordagem, veja Saban.[9] Trata-se de uma terapia comportamental que busca enfraquecer a esquiva de sentimentos difíceis. Essa esquiva da vivência interna é responsável por diversos problemas psicológicos. A ACT baseia-se na noção de que o progresso terapêutico ocorre quando o paciente consegue aceitar seus conteúdos psicológicos difíceis (em vez de fugir deles) e assume um compromisso firme com seus valores e objetivos de vida (orientando seu comportamento em função de reforço positivo). Como as quatro publicações citadas anteriormente traçam abordagens muito semelhantes para a dor crônica, resumimos, aqui, o núcleo comum que as une.

A premissa fundamental proposta nos trabalhos de Dahl et al.,[4] McCracken,[6] Robinson et al.[7] e Vowels e Tompson[8] é de que, mais do que a dor em si, a luta contra a dor causa sofrimento e ameaça a qualidade de vida. A dor aguda tem como função nos alertar sobre possíveis danos nos tecidos e, por isso, apesar de desagradável, é um fenômeno adaptativo. Contudo, quando se torna crônica, e, principalmente, quando as causas da dor não são bem definidas, as tentativas contínuas de controlá-la podem se tornar ineficazes. Os mesmos comportamentos que seriam funcionais se a dor fosse aguda são contraprodutivos quando a dor já se tornou crônica. Atrapalham o engajamento em atividades valorizadas pela pessoa na família, no trabalho ou na comunidade. Esses comportamentos se manifestam em forma de regras como "uma pessoa com dor não deve sair de casa, precisa descansar e evitar atividades físicas" ou "precisa resolver primeiro a dor antes de ocupar-se de qualquer outro assunto".

O paciente que segue essas regras, como se constituíssem um *script* a ser obedecido, se enclausura em um estilo de vida rígido e pobre. A ACT propõe uma atitude chamada *mindfulness*, que consiste em observar pensamentos, sensações e sentimentos da maneira como se apresentam no momento atual, sem julgá-los, tomá-los como literalmente verdadeiros ou intelectualizá-los, possibilitando que entrem e saiam do nosso campo de atenção, sem tentativas da nossa parte de

influenciá-los ou elaborá-los (para uma exploração mais profunda deste conceito, leia Vandenberghe e Souza[10]). Podem-se considerar as regras citadas no parágrafo anterior como exemplos. Elas são respostas automáticas às sensações de dor, pensamentos, fenômenos passageiros da mente, que não deveriam ser tomados como guias ou *scripts* a serem seguidos. Mas este fato somente se elucida quando o paciente consegue observar essas regras a uma distância psicológica ideal para poder situá-las no contexto que as criou. Observá-las desse modo, como pensamentos e não como fatos, é muitas vezes uma experiência libertadora para o paciente.

Construir essa perspectiva de *mindfulness* não elimina as regras, mas mostra ao paciente que elas são apenas produtos verbais do seu próprio comportamento e ele tem a opção de não obedecê-las. Quando se restringe a vida pela imposição de regras, a dor pode tomar cada vez mais espaço no dia a dia da pessoa. O isolamento social é uma das consequências mais comuns e mais lamentáveis da dor crônica. A luta interna com o medo da dor estabelece obstáculos à criação de laços interpessoais autênticos e profundos com outras pessoas. Não raro, esta luta toma tanto espaço no cotidiano do paciente, que as pessoas mais próximas não sabem mais como conectar-se com ele. Em outros casos, o paciente fica preso a relacionamentos interpessoais pobres, não recíprocos de cuidado, ou de exploração, nos quais a dor se tornou pretexto para desqualificar suas necessidades emocionais, ou para evitar discutir e resolver assuntos difíceis.

A esquiva de sentimentos difíceis, geralmente, tem papel importante no quadro clínico. Quando a pessoa reduz o campo de sua vivência para evitar sentir o que sente, provoca efeitos aversivos sobre as outras pessoas que se relacionam com ela. Muitas vezes, o paciente luta contra aspectos da sua vida interior que não são visíveis para os outros, inclusive para o terapeuta. Mas os efeitos colaterais da luta podem se tornar visíveis nos comportamentos de queixa, no isolamento dos outros ou no modo impessoal de se relacionar com eles. Desse modo, a contração da experiência interna também faz contrair o campo da experiência interpessoal. A diferença no comportamento do paciente pode ser sutil, como um contato menos autêntico, mas pode também ser claramente visível, como no desenvolvimento de uma forma rígida, submissa ou opressora, intolerante no trato com os outros.

A ACT propõe aumentar a tolerância à dor e melhorar o convívio com ela. Isto se dá por meio da construção de maior flexibilidade psicológica no contexto dos valores pessoais do paciente, ajudando este a entrar em contato com o que ocorre na sua vivência interior e interpessoal. Um dos objetivos iniciais da terapia é ajudar o paciente a distinguir quando está mais bem conectado com o que realmente é importante na sua vida e quando está se esquivando de sentimentos difíceis. Outro objetivo inicial é que o paciente aprenda a discriminar bem as oportunidades e os desafios do ambiente em torno dele que melhor explicitam seus valores, objetivos e dificuldades pessoais. No início de cada sessão, o terapeuta pede ao paciente que especifique os melhores e os piores momentos ocorridos durante a semana. Estes são analisados à luz das distinções anteriormente referidas, ajudando o paciente a decidir quais sentimentos difíceis ele quer aceitar e tolerar para poder realizar seus valores.

As tentativas de controlar a dor geralmente acrescentam mais dor; ou seja, além da dor "limpa", originada, por exemplo, da lesão dos tecidos, surge a dor "suja", provocada pela pessoa, e que ela não precisava ter. Ao parar de lutar contra a dor, a dor "suja" pode diminuir, e a pessoa pode criar condições para fazer coisas mais importantes. O terapeuta deve valorizar as tentativas passadas do paciente de controlar sua dor – em muitos casos, tem sido uma luta heroica, mesmo se malsucedida – só depois, ele deve ajudar o paciente a se abrir para uma nova perspectiva sobre seus problemas, para que este possa agir novamente de acordo com os seus valores, mesmo havendo dor. O significado da validação pelo terapeuta não é, então, ajudar o paciente a controlar a dor, mas honrar o sentido da história vivida por ele, para que ele possa escolher um novo caminho. O objetivo que levou o paciente a buscar terapia pode ter sido o de aprender a lutar melhor contra a dor; no entanto, ele é reorientado, durante o tratamento, a trabalhar a favor do que é realmente importante para a sua vida.

Entretanto, por ter tentado fugir de sentimentos difíceis durante toda sua vida, pode ter pouca clareza a respeito do que é realmente importante para si. Vários exercícios são propostos para ajudar o paciente a se reconectar com seu contexto de valores. Um deles é a construção de uma bússola da vida. Trata-se de um resumo esquematizado que identifica os valores do paciente e os obstáculos verbais (regras, *scripts* etc.) que o impedem de andar na direção daqueles. Pautar o tratamento nos valores pessoais, familiares, sociais, espirituais, profissionais etc., do paciente logo faz sentido para ele, porque a eliminação da dor não é um fim em si, mas um meio para uma vida mais valorizada.

Com a construção da bússola, o paciente aprende a distinguir entre as oportunidades e os desafios do mundo exterior e a luta interior, entre seu próprio comportamento direcionado à realização dos seus valores e a evitação de sentimentos e pensamentos difíceis. A partir dessa distinção, ele pode obter mais clareza sobre as funções do seu comportamento. As distinções feitas ajudam a identificar diferentes aspectos de uma situação e diferentes consequências de um comportamento. Evidenciam se a pessoa aborda uma situação com uma postura de esquiva ou de aproximação. Ajudam-na a escolher comportamentos que lhe possibilitarão ascender às consequências que deseja nessa situação. As distinções ajudam o terapeuta a identificar comportamentos-alvo que o paciente pode desenvolver no decorrer da terapia.

Um comportamento de esquiva ou fuga de situações sociais pode ter como consequência, a curto prazo, a diminuição da dor ou da ansiedade; mas, a longo prazo, o paciente pode perder relações de apoio e recursos sociais que o ajudariam a lidar com a dor. Sair de casa e se engajar em uma atividade produtiva pode, em um primeiro momento, obrigar o paciente a enfrentar seu medo da dor, mas logo terá consequências mais valiosas. Essa análise funcional é a base da formulação clínica do caso, que tornará possível ao paciente identificar melhor as consequências dos seus comportamentos, a curto e a longo prazos, e a eficácia de suas ações, ajudando-o a progredir nas direções valorizadas por ele.

Para que o paciente aprenda a aceitar seus sentimentos, incluindo os difíceis, e crie mais espaço no seu campo de experiência, sobretudo para as atividades mais importantes do que a luta contra a dor, propõem-se exercícios de viver

integralmente a experiência (VIE). Os exercícios de VIE são tarefas de casa que o ajudam a criar condições que estimulam o surgimento dos comportamentos-alvo. São praticados entre duas sessões e visam aplicar e aprofundar o que o paciente aprendeu na sessão. A maioria das sessões se articula em torno da preparação para uma vivência a ser combinada entre terapeuta e paciente no fim dela. Os exercícios visam desenvolver a capacidade de uma vivência mais integral do momento, a redução da esquiva de sentimentos difíceis e o aumento da ação coerente com os valores.

Com a atenção desviada para as partes de sua vivência que ele não tem o hábito de observar, o paciente gradualmente aprende a expandir sua capacidade de observação de aspectos externos e internos da sua realidade. Como resultado, também expande suas opções de fazer escolhas com base no que é importante na sua vida. No início de cada sessão, o terapeuta convida o paciente a compartilhar o que ele pôde observar fazendo (ou não fazendo) o exercício de VIE acertado na sessão anterior. O terapeuta valoriza cada descrição das observações, inclusive quando o paciente descreve que não conseguiu observar certos aspectos, já que isso é também uma observação válida, que pode ajudá-lo a descobrir obstáculos internos ou externos à construção de uma vida mais plena. O paciente que observa, por exemplo, que teve medo de entrar em contato com certo aspecto da vivência, também fez o exercício, mas de outro modo. Assim, trouxe material importante para ser aprofundado na sessão, que pode ajudar a desenvolver um próximo exercício de VIE mais útil para seu progresso. Mesmo quando o paciente não faz as atividades combinadas, os exercícios de VIE funcionam. Não fazer o exercício proporciona observar diferentes funções relevantes para a terapia. O paciente terá a oportunidade de descobrir de quais aspectos da tarefa ele se esquivou e como suas maneiras de lidar com sua vivência inibiram sua participação.

Entrar mais em contato com o centro de sua vivência significa também, em um primeiro momento, entrar mais intensamente em contato com sua dor. Por isso, avalia-se, desde o início da terapia, e cada vez que um novo exercício de VIE é contemplado, o compromisso do paciente de se engajar em ações que contribuem para a evolução de seus valores, mesmo que isso signifique encarar sua dor e os sentimentos difíceis ligados a ela. Neste caso, o papel de *mindfulness* também é importante. O paciente aprende a observar a totalidade da sua experiência, aprende a ver as sensações e emoções difíceis no seu contexto mais amplo e reencontra, assim, mais opções para se engajar em ações que sejam realmente importantes para ele. Sistematicamente (no início ou no fim da sessão), o terapeuta pergunta sobre o impacto que a sessão (anterior ou atual) teve sobre o paciente; atraindo sua atenção para aspectos mais sutis do trabalho e convidando-o a identificar, por exemplo, em que medida ele se sentiu conectado com o terapeuta, o quanto se sentiu implicado nas discussões e presente durante o trabalho.

A *mindfulness*, porém, não é só uma habilidade para o paciente. O terapeuta também deve cultivar a lentidão e não pegar carona nos seus julgamentos e medos ou nas soluções prontas provenientes da sua formação profissional. Quanto mais o paciente apresenta a situação como urgente e catastrófica, mais importante será o terapeuta promover a lentidão para favorecer a conexão com o momento atual e identificar como as coisas funcionam no relacionamento terapêutico. A atitude de *mindfulness* possibilita a emersão nas relações funcionais, o aprofundamento do vínculo terapeuta-paciente, e a formação das bases de uma aliança sólida, que pode oferecer ao paciente a segurança necessária para enfrentar seus medos e rever seu projeto de vida e seu relacionamento com seu mundo interno e externo.

Exposição ao vivo e experimentos comportamentais

O tratamento proposto por Vlaeyen et al.[11] fundamenta-se no princípio de que a exposição intencional a movimentos temidos diminui o medo da dor associado a esses movimentos. Ao diminuir o medo, o tratamento também aumenta a sensação de controle da dor e diminui a incapacidade física em virtude dela. O tratamento consiste em sessões interativas em que o paciente percorre passo a passo uma hierarquia de movimentos previamente classificados de acordo com o grau de medo que evocam nele. Junto com o terapeuta, elabora e executa também experimentos comportamentais que testam suas predições sobre o quanto tal ou tal atividade vai-lhe produzir dor.

Deve-se distinguir exposição graduada de treino gradual de atividades. Nos programas de atividade gradual, afazeres que o paciente tinha abandonado são gradualmente restabelecidos. Primeiro, estabelece-se uma linha de base, especificando quais comportamentos ocorrem em uma frequência insuficiente. A partir da linha de base e das demandas práticas no cotidiano do paciente, monta-se um pacote de comportamentos que precisam ser reforçados, e organiza-se um programa que coloca em uma sequência pragmática o tipo e a quantidade (frequência) dos comportamentos-alvo a serem praticados. Durante o treino, o paciente deve completar, a cada intervalo, uma quantidade das atividades físicas selecionadas dentro de um tempo especificado, antes de passar para o próximo nível do programa, aumentando a frequência e a diversidade dos comportamentos até chegar ao nível desejado.[2]

O tratamento por exposição ao vivo é bem diferente. Não visa ao aumento da frequência dos comportamentos-alvo, mas à diminuição do medo da dor. Cinesiofobia é um medo excessivo, infundado e debilitador de efetuar movimentos e atividades; a pessoa que sofre desse mal evita machucar-se novamente.[12] O medo de movimento pode ter diferentes graus de importância no quadro clínico de diferentes pacientes. Lethem et al.[13] e Philips[14] descreveram como a esquiva mantém e exacerba o medo da dor e como o enfrentamento dos movimentos reduz esse medo com o tempo. O tratamento desenvolvido pelo grupo de Vlaeyen se apoia também no raciocínio da terapia cognitivo-comportamental. Se o medo da dor é conceituado como o resultado de expectativas errôneas,[14] é possível uma abordagem cognitiva do comportamento de esquiva. Por meio de experimentos comportamentais que o paciente faz entre as sessões, ele pode verificar a veracidade de suas expectativas.

Pessoas com dor crônica, quando confrontadas com movimentos temidos, mostram preocupação exagerada, aumentando demasiadamente a tensão muscular pela antecipação de situações que podem causar dor. Tendem a fazer predições exageradas sobre o nível de dor que determinado movimento ou atividade possa provocar. A intenção é fugir do que as machuca. Ao conseguir evitar a dor, aprende a se esquivar de movimentos e posturas que, no passado, a aumentavam, e de atividades que possam trazer (novas) lesões. Como deixa de ter comportamentos que associa à dor, a pessoa não tem a oportunidade de corrigir sua expectativa de que sensações desagradáveis significam perigo de se machucar de novo. Não tem a oportunidade de descobrir que o incômodo é inofensivo. Se a esquiva de movimentos continua por longos períodos, os sistemas musculoesqueléticos e cardiovasculares deterioram-se e tornam a pessoa mais vulnerável ao aumento da dor.[1]

Durante o tratamento, a pessoa enfrenta as atividades, começando com as menos temidas e avançando para as que lhe causam mais medo. O procedimento clínico de exposição graduada ao vivo, em conjunto com experimentos comportamentais, é indicado para pessoas com dor crônica que relatam grau substancial de medo de movimento e de lesões. Depois da fase psicoeducativa, em que a pessoa é orientada acerca da teoria da dor crônica e dos mecanismos do tratamento, inicia-se a sequência de sessões em que ela se expõe intencionalmente aos movimentos evitados por medo de sentir dor insuportável ou de se machucar novamente. Após a repetição de um movimento, a pessoa, tipicamente, adapta sua expectativa de acordo com o incômodo que realmente sentiu.

Passo a passo para o tratamento da dor crônica por exposição ao vivo

1. Identificam-se medos irracionais a respeito de atividades, posturas ou movimentos. Formulam-se os objetivos para o tratamento com atividades concretas que o paciente evita, como atividades domésticas, de lazer ou profissionais
2. Estabelecem-se hierarquias de atividades e movimentos de acordo com o grau de medo que evocam na pessoa. Uma possibilidade para construir essa hierarquia é pedir ao paciente que avalie posturas e movimentos representados em figuras, e que atribua uma nota a cada um, de acordo com o grau de ameaça que representa para ele
3. Monta-se uma sequência gradual de tarefas, que deve seguir rigorosamente a hierarquia dos medos estabelecida pelo paciente, que começa com os movimentos menos temidos, avançando gradualmente, segundo as notas que ele deu na fase anterior. Cada tarefa representa um teste para as expectativas a respeito do nível da dor que ele vai sentir. Primeiro, o terapeuta demonstra a tarefa, para que o paciente possa executá-la de modo mais ergonômico possível. Solicita-se ao paciente que realize estas tarefas até seu nível de ansiedade baixar. Depois, solicita-se que ele dê uma nova nota, de acordo com o grau de dor que teme sentir na próxima vez que executar o movimento
4. A sequência de tarefas é executada na sessão com o terapeuta. O paciente também é encorajado a testar suas expectativas acerca da tarefa entre as sessões, como tarefa de casa. Progride-se para o próximo passo somente quando o medo da tarefa anterior tiver sido substancialmente rebaixado.

Em uma pesquisa em que se comparou a exposição graduada com o treino gradual de atividades, Vlaeyen et al.[15] monitoraram os efeitos de ambos diariamente. Detectaram que os dois tratamentos ocasionaram aumento do comportamento-alvo. No entanto, o medo da dor diminuiu somente durante a exposição graduada; durante o treino gradual das atividades não diminuiu. Identificou-se também que a redução do medo foi relacionada com a diminuição dos pensamentos catastróficos sobre a dor e da inaptidão pela dor. Em certos pacientes, a redução do medo também foi relacionada com a sensação que estes tiveram de ter maior controle sobre a dor.

Terapia cognitivo-comportamental

A base da terapia cognitivo-comportamental para a dor crônica é a relação colaborativa entre terapeuta e paciente. Ambos trabalham em nível de igualdade, no qual o terapeuta traz sua experiência profissional, e o paciente, sua vivência concreta. No empirismo colaborativo, tanto o terapeuta quanto o paciente buscam as respostas, e ambos devem se dispor a modificar suas suposições quando os fatos não os apoiam. Isso inclui também as hipóteses teóricas do terapeuta, que devem ser examinadas empiricamente, quando não estão produzindo resultados satisfatórios.

O terapeuta combina com o paciente examinar como suas crenças e seus comportamentos influenciam a dor. O objetivo da terapia é substituir padrões comportamentais e cognitivos problemáticos por padrões adequados. O paciente colabora no sentido de adquirir as estratégias necessárias para manejar sua dor. Para as áreas a serem melhoradas, o terapeuta propõe uma solução ou desenvolve uma com o paciente. Nos parágrafos seguintes são introduzidos alguns elementos propostos frequentemente para a elaboração de tais soluções.

Desde o início do tratamento, o paciente aprende a identificar e a interpretar as relações entre suas emoções, seus pensamentos, suas ações e suas respostas corporais. Compreendendo bem essas relações, o paciente pode assimilar melhor as habilidades de enfrentamento ensinadas na terapia e desenvolver suas próprias maneiras de lidar com a dor no seu cotidiano. Além disso, a capacidade de interpretar as relações entre emoção, pensamento e ação facilita o desenvolvimento de autorregulação. Habilidades de autorregulação são técnicas que o paciente aprende para alterar suas respostas emocionais e fisiológicas. Essas habilidades podem ajudar a diminuir a dor, por exemplo, por redução da tensão muscular e diminuição da excitação autônoma.[16]

Habilidades de enfrentamento da dor incluem desvio da atenção, relaxamento muscular e regulação das atividades físicas e de repouso. Desviar a atenção da dor pode, para certos pacientes, modular sua percepção. Há uma técnica que consiste no uso de imagens agradáveis; o paciente fecha os olhos e imagina uma lembrança ou fantasia prazerosa, desviando assim a atenção que estava sendo aplicada à sensação da dor. Outra técnica é a concentração em um ponto focal.

Nesta, o paciente aprende a concentrar plenamente sua atenção, durante 1 ou 2 min, em um objeto que esteja disponível no seu ambiente. No entanto, técnicas simples, como a contagem regressiva de 100 até 0, que, eventualmente, pode ser usada em um nível mais complexo, como pular a cada segundo número par, podem ser usadas para privar a sensação de dor da atenção que precisa para se impor.[17]

Em muitos casos, usam-se técnicas de relaxamento. Sessões de relaxamento profundo servem para ensinar como o paciente pode adquirir controle sobre a excitação autônoma devida a estresse, conflitos ou dificuldades diversas. O treino de habilidades mais simples de relaxamento imediato ensina o paciente a diminuir a tensão exacerbada em qualquer situação; a evitar espasmos musculares e a processar emoções negativas que aumentam a tensão muscular e a percepção da dor. *Biofeedback* muscular pode ser usado para que o paciente perceba a relação entre estresse físico e problemas emocionais. Pode também contribuir para ele aprender a detectar melhor as sensações que sinalizam níveis elevados de tensão muscular, bem como reduzi-los, obtendo, assim, maior controle da dor.

Adaptando os ciclos de atividade e repouso, a pessoa pode aprender a influenciar sua dor. O paciente combina com o terapeuta se engajar em uma quantidade moderada de atividade e respeitar um período de repouso limitado depois de cada fase de atividade. A atividade não pode ser tão intensa que aumente sensivelmente o nível da dor, e o repouso não pode ser tão duradouro que torne a retomada da atividade difícil. Por exemplo, quando o paciente já sabe que pode caminhar durante 30 min antes de suas costas começarem a doer, pode-se combinar que ele repouse durante 5 min a cada 15 min. Uma vez acertado o ciclo, o paciente começa a inseri-lo, gradualmente, no seu cotidiano. Em muitos pacientes, esta prática diminui o nível da dor. O paciente faz anotações detalhadas do uso do ciclo em uma variedade de situações, e as discute nas sessões com o terapeuta. Uma vez bem estabelecido o ciclo, o paciente pode adaptá-lo a seu critério, gradualmente, a cada semana, aumentando a atividade moderada e diminuindo o tempo de repouso, até chegar a um padrão que ele e o terapeuta considerem adequado.[18]

As fontes de estresse devem ser manejadas. Dependendo das necessidades do paciente, podem-se abordar problemas conjugais, conflitos na família ou assertividade no trabalho, e também habilidades de enfrentamento da própria condição crônica de saúde e das implicações desta na vida do paciente. Para todos esses aspectos do problema, são usadas as estratégias típicas da terapia cognitivo-comportamental, com ênfase no empirismo colaborativo.[19]

É importante discutir os pensamentos e as crenças do paciente acerca dos exercícios, corrigir distorções ou suposições irracionais que podem interferir no tratamento. A reestruturação cognitiva tem papel coadjuvante em todas as técnicas, possibilitando que o terapeuta e o paciente trabalhem de maneira profunda essas crenças e suposições infundadas que dificultam o tratamento. Contudo, tem também um papel mais central, quando é usada para mudar a percepção que muitos pacientes têm da sua dor, de algo inaceitável para algo que eles podem aprender a manejar; e também para mudar sua percepção de si mesmos, de alguém desamparado para alguém que tem como influenciar a si mesmo e o mundo à sua volta.[19]

Um dos problemas tipicamente abordados pela reestruturação cognitiva é o pensamento catastrófico do paciente sobre o impacto da dor na sua vida. A falta de previsão sobre a duração dos sintomas, a antecipação irrealista sobre o tratamento médico e a ambiguidade das informações dadas acerca da escolha dos tratamentos, assim como o significado particular dos sintomas para o paciente, podem provocar reações emocionais e impulsionar escolhas de vida problemáticas. Assim, o pensamento catastrófico subsidia muitos comportamentos desadaptativos que tendem a piorar a depressão, a ansiedade e o isolamento social da pessoa com dor crônica. Tanto o comportamento quanto as cognições subjacentes são abordados diretamente na terapia.[16,17]

Na terapia cognitivo-comportamental da dor crônica, o terapeuta investe muita atenção na consolidação e manutenção das habilidades desenvolvidas nas sessões. Os pacientes continuam praticando e melhorando suas habilidades, depois de o tratamento terminar. Eles aprendem a entender a recaída como parte normal e manejável da sua trajetória. Quando a dor volta a aumentar, após o paciente ter parado de praticar as habilidades relevantes, ele estará bem preparado para examinar e desafiar os pensamentos irracionais que o fizeram parar e estará apto para tomar as medidas necessárias para retomar o que aprendeu na terapia.

Terapia comportamental de grupo integrativa

O modelo comportamental para dor crônica que será apresentado por último neste capítulo nasceu da tentativa de assimilar alguns aportes das três abordagens anteriormente descritas em um trabalho de grupo que se baseou nos princípios da psicoterapia analítico-funcional. A integração assimilativa consiste na adoção de contribuições de um ou mais tratamentos em outra abordagem que forneça o quadro geral do tratamento. A psicoterapia analítico-funcional (geralmente nomeada pela sigla inglesa FAP) é um modelo behaviorista para a psicoterapia individual (veja, para introdução a este modelo de terapia, Tsai et al.[20]), que foi posteriormente adaptado à terapia de grupo.[21]

O quadro geral do tratamento foca o que ocorre durante as sessões no microcosmo social do grupo. Tipicamente, os problemas interpessoais que caracterizam a rotina dos participantes também ocorrem nos relacionamentos no grupo e podem, assim, ser trabalhados ao vivo. Por isso, o grupo não trabalha por meio de *role-play* ou treino formal de habilidades. As táticas e técnicas descritas mais adiante são usadas durante a interação espontânea dos participantes no grupo.

O trabalho é norteado por formulações de caso de cada paciente, que especificam seus problemas do cotidiano e seus alvos terapêuticos. Essas formulações são regularmente atualizadas pelo terapeuta em diálogo com o paciente. A

estratégia geral é organizar o grupo de tal maneira que sejam continuamente evocadas interações relevantes que contribuam para superar as dificuldades e alcançar os objetivos de desenvolvimento dos pacientes, e, assim, oportunidades de aprendizagem ao vivo se tornam frequentes para todos os participantes. Grande variedade de táticas terapêuticas[21] pode ser usada para promover esses objetivos, as quais são mescladas com as técnicas tradicionais da psicoterapia analítico-funcional.[20]

As táticas são definidas em termos topográficos, e as técnicas são definidas em termos funcionais. Nessa relação, a tática pode incluir várias técnicas, e a técnica corresponde a múltiplas táticas.[21] As táticas são intervenções usadas pelo terapeuta para promover um objetivo específico. Elas podem ser muito diferentes e exigir criatividade por parte do terapeuta. Às vezes, porém, o terapeuta pode aproveitar uma atividade que ocorre naturalmente no tratamento e convertê-la em uma tática. A introdução do contrato terapêutico, por exemplo, pode ser uma tática para oferecer ao paciente a oportunidade de promover seus alvos terapêuticos. Para um paciente, pode ser uma oportunidade de aprender a expressar críticas ou negociar suas necessidades; e para outro, a lidar com compromissos. Desenvolver um clima de apoio mútuo é outra tática, assim como mediar as relações de modo que os participantes reforcem os progressos dos colegas no grupo.

As técnicas, por sua vez, são as ferramentas para o terapeuta agir a cada momento ao longo das sessões. As técnicas básicas são evocar, reforçar, bloquear e extinguir comportamentos. Desse modo, são entendidas pela função que exercem no processo. *Evocar* é o modo como o terapeuta age para que o paciente emita um comportamentoalvo. *Reforçar* significa reagir ao comportamento-alvo, aumentando a probabilidade de ele ocorrer com mais frequência. A técnica oposta é a *extinção*, na qual o terapeuta ou o grupo recuse reforçar um comportamento, para que a frequência dele diminua. *Bloquear* significa impedir que o comportamento seja executado de maneira suficientemente completa para acessar um reforçador.

Para ilustrar o entrelaçamento de táticas e técnicas, imagine que o terapeuta queira reforçar uma tentativa simpática de um participante que sofre de isolamento social (e tem dificuldade de construir relacionamentos significativos com outras pessoas) se abrir e aumentar o grau de intimidade com o grupo. Para reforçar (uma técnica) o novo comportamento, o terapeuta pode usar diferentes táticas. Pode dar seguimento à abertura que o participante demonstrou, ao identificar junto com ele quais necessidades ele expressou, para que, futuramente, o terapeuta (ou o grupo) possa atender melhor a essas necessidades. Pode, também, compartilhar os efeitos que o comportamento do paciente teve sobre si. Ao compartilhar os sentimentos de proximidade que sentiu com o paciente, o terapeuta possibilita ao participante ter acesso à informação sobre o que este pode evocar em outras pessoas. Outra tática com a mesma função seria convidar outro membro do grupo para falar sobre suas reações ao comportamento de outro participante. E, em certos momentos, a simples expressão espontânea de emoção evocada no terapeuta pelo novo comportamento do paciente, por exemplo, um sorriso ou uma resposta sensível, é a melhor tática.

Invertendo a comparação, uma tática como compartilhar os efeitos do comportamento de um paciente sobre o terapeuta (ou sobre o grupo) pode assumir a função das diferentes técnicas. Essa tática pode funcionar como reforçamento, quando o efeito revelado do comportamento é de tal natureza que aumenta sua frequência no futuro. Pode enfraquecer o comportamento, quando o efeito não atende às necessidades da pessoa que o emitiu. Pode bloquear um comportamento, ao evitar que a pessoa consiga obter reforçamento com um comportamento-problema. Ou pode ser usada para evocar novos comportamentos, talvez mais saudáveis, que podem ser desenvolvidos para melhorar a qualidade de vida do participante.

Um primeiro grupo que trabalhou de acordo com esses princípios foi descrito por Vandenberghe, Cruz e Ferrro.[22] Começou como iniciativa para ajudar pessoas referidas por um centro de tratamento de dor. Essas pessoas não tinham respondido aos tratamentos medicamentosos e físicos dispensados ali. O grupo iniciou em agosto de 2001 como o primeiro de uma longa série de grupos de psicoterapia analítico-funcional para dor crônica. Com base nas três correntes terapêuticas expostas anteriormente, este tipo de terapia de grupo integrativa tem como objetivos: reduzir a esquiva da dor (e com isso também o medo da dor e o pensamento catastrófico sobre a dor) e buscar maneiras mais saudáveis para se relacionar com vivências internas e experiências no campo interpessoal. A esquiva encoberta, o medo da dor e o pensamento catastrófico são abordados como partes de padrões que não só ocorrem no cotidiano do paciente, mas também na sessão.[21,23]

Para entender como esses alvos terapêuticos interagem com as demandas e necessidades dos pacientes na prática da terapia de grupo, realizou-se um estudo de gravações dos grupos.[3] Identificou-se que as maiores temáticas que permeiam este tratamento são:

- A difícil convivência com a dor
- A relação entre a dor e os problemas interpessoais do cotidiano
- Os processos ao vivo no grupo, incluindo a interação entre os participantes e o relacionamento com o terapeuta.

A convivência com a dor é em si um fator importante de estresse. De fato, a dor crônica está intrinsecamente entrelaçada com o estresse do cotidiano e as maneiras como a pessoa o enfrenta.[24] A sensação desagradável incessante, a fadiga. A luta da pessoa contra suas próprias sensações e seus próprios sentimentos acaba sendo mais um fator estressante. Além disso, a dor crônica produz um conjunto de novos problemas sociais e interpessoais. Alguns desses se mostraram marcantes nos grupos estudados. Os tratamentos para a dor crônica exigem do paciente alto investimento emocional, financeiro e de tempo, pois corroem seus recursos psicológicos, agravando a dor. A falta de êxito terapêutico é recorrente e explica a crescente descrença quanto à possibilidade de melhora. Atividades importantes para o desenvolvimento pessoal são abandonadas, e os recursos de apoio social são afastados.

Para inverter esse quadro, o grupo ajuda o participante a descobrir que sua dor não é constante. Por meio de tarefas de auto-observação, descobre-se que há dias melhores e dias piores, conforme as vivências emocionais, e que o nível da dor varia a cada momento. Neste contexto, dá-se muita atenção à interligação das emoções com o campo interpessoal. O tratamento promove mudanças que contribuem para a melhora da qualidade dos relacionamentos, ajudando a pessoa a construir uma convivência com as pessoas importantes na sua vida que atenda melhor às suas necessidades emocionais. Uma vez que observa a relação entre suas vivências emocionais e os níveis da dor, a pessoa pode escolher alvos para mudar e tornar mais valiosa sua experiência do dia a dia e se engajar em se aproximar desses alvos. Nos grupos estudados, muitos participantes usaram estratégias problemáticas para relacionar-se com outros e careceram de repertórios necessários para mudar seu mundo interpessoal. Por isso, o grupo enfatizou o desenvolvimento de habilidades para resolver problemas, lidar com situações interpessoais conflituosas ou comunicar sentimentos e necessidades.

Os problemas do cotidiano compõem um leque abastado de fontes de estresse para as pessoas com dor crônica, e a própria dor crônica proporciona desvantagens no campo interpessoal. Um círculo vicioso decorre do fato de que a dor causa problemas interpessoais e sociais, e estes evocam respostas fisiológicas de estresse que, por sua vez, aumentam a dor. Os participantes dos grupos trazem experiências de assédio moral. Sentem-se culpados pelo seu problema ou desqualificados por sofrer uma condição difícil de comprovar no trabalho, na família, e, às vezes, até pelos profissionais de saúde que os atenderam na sua trajetória. Gradualmente, abrem mão de papéis valiosos como cidadãos, membros da família, da empresa, ou de associações e grupos de amizade, e constroem, assim, uma vida menos valorizada e mais vazia.

A pesquisa identificou que muitos participantes viviam relacionamentos nos quais tinham posições submissas, assumindo, na família, papéis que, na verdade, não desejavam. Outros, pelo contrário, lutaram contra a frustração, impondo suas soluções rígidas em relacionamentos com os outros. Muito comum era o investimento excessivo em cuidados dispensados aos outros. A dor se tornava, às vezes, um instrumento de chantagem. Certas participantes impunham rigidamente as soluções delas, às vezes ajudando e cuidando de maneira impositiva das outras pessoas. Outros atendiam de modo desproporcional ao desejo do outro, com a intenção de não serem ignorados. Os dois padrões são disfuncionais, porque, ao tentar rigidamente evitar o que temem, os pacientes não obtêm dos relacionamentos o que precisam. O investimento na evitação de dificuldades interpessoais pode se tornar tão importante que a pessoa perde contato com suas necessidades interpessoais.

O grupo ajuda nessa temática complexa de diferentes maneiras. Oferece um lugar para o paciente aprender a processar os sentidos de desqualificação de um modo saudável e a lidar melhor com seus relacionamentos. Os participantes aprendem a conectarse com suas necessidades por meio da exploração de suas emoções. O grupo promove a vivência e a expressão de emoções e sentidos que anteriormente estavam implícitos nas ações dos pacientes. A experiência no grupo também pode ser um primeiro passo na restauração de suas redes de apoio social. E, como processo central, ao explorarem e assumirem plenamente suas dificuldades nos relacionamentos, os participantes constroem novas habilidades de lidar com as exigências do seu mundo social.

A maneira como o participante se relaciona com outras pessoas no seu dia a dia acaba, inevitavelmente, se reproduzindo nas relações estabelecidas pelos participantes entre si ou entre estes e o terapeuta. O grupo é uma estrutura real na qual os participantes lidam com o terapeuta e com os outros membros do grupo como pessoas reais, em interações e relacionamentos reais. A complexidade dos desafios decorrentes disso facilmente evoca os problemas da vida do cotidiano do paciente, e o *feedback* obtido ao vivo torna possível reavaliar os efeitos do próprio comportamento, o que resulta em aprendizagens valiosas. Ser parte desse grupo de pessoas com quem o paciente interage oferece uma perspectiva clínica privilegiada para o terapeuta observar os seus padrões de interação. Ao mesmo tempo, oferece um instrumento de intervenção especial, porque sendo parte dos padrões de relacionamento do participante, o terapeuta está bem posicionado para trabalhá-los enquanto ocorrem.[20,21]

Reflexões

Neste capítulo, quatro diferentes abordagens comportamentais e cognitivo-comportamentais da dor crônica foram apresentadas. Podem ser considerados diferentes estilos clínicos com aportes específicos. A multiplicidade abriga contradições entre as diferentes abordagens. Talvez a oposição mais evidente seja entre a ACT e a terapia cognitivo-comportamental. A primeira tenta promover aceitação e ajuda o paciente a cessar suas tentativas de controlar o que sente. A terapia cognitivo-comportamental ensina a pessoa a controlar sua dor. Do ponto de vista da ACT, na tentativa de controlar a dor corre-se o risco de promover a luta contra a vivência interior. Porém, outras diferenças também podem ser apontadas. Certas abordagens enfocam o sentido social da vivência do paciente; outras, os mecanismos cognitivos ou emocionais internos. O tratamento por exposição graduada segue um caminho muito específico, enfocando o medo da dor. Ele influencia o nível da dor e da inabilidade indiretamente pela extinção do medo. Enquanto isso, a terapia cognitivo-comportamental trabalha, em uma empreitada complexa, múltiplas facetas da qualidade de vida e das maneiras de pensar do indivíduo, e a ACT propõe que o paciente reveja seu projeto de vida, tomando consciência dos seus valores pessoais mais profundos e reorientando-se por eles.

Porém, também é necessário observar que essa multiplicidade de ângulos teóricos e estilísticos tem a vantagem de oferecer ao clínico a possibilidade de adaptar o tratamento às necessidades do indivíduo ou do momento, privilegiando aquilo de que o paciente mais precisa. Em certos casos, durante o processo terapêutico, é produtivo que o clínico seja capaz de manter duas hipóteses contraditórias em mente, aproveitando da luz que cada uma delas joga sobre diferentes

aspectos do problema, das necessidades e da vivência do paciente. E a pluralidade das abordagens comportamentais para a dor crônica oferece esta possibilidade.

Exemplar de [illegible] @ [illegible]
FREE BOOKS http://lista.mercadolivre.com.br/_CustId_161477952

Referências bibliográficas

1. VLAEYEN, J. W. S. et al. The role of fear of movement/(re)injury in pain disability. J. Occup. Rehabil., v. 5, p. 235-252, 1995.
2. FORDYCE, W. E. Behavioral methods for chronic pain and illness. Saint Louis: Mosby, 1976.
3. SILVA, D. S.; ROCHA, E. P.;VANDENBERGHE, L. Tratamento psicológico em grupo para dor crônica. Temas em Psicologia, v. 18, p. 335-343, 2010.
4. DAHL, J. et al. Acceptance and commitment therapy for chronic pain. Reno: Context, 2005.
5. TURK, D. C.; MONARCH, E. S. Biopsychosocial perspective on chronic pain. In: TURK, D. C.; GATCHEL, R. J. (Orgs.). Psychological approaches to pain management: a practitioner's handbook. 2nd ed. New York: Guilford, 2002. p. 3-29.
6. MCCRACKEN, L. M. Contextual cognitive-behavioral therapy for chronic pain. Seattle: IASP, 2005.
7. ROBINSON, P.; WICKSELL, R.; OLSON, G. L. Act with chronic pain patients. In: HAYES, S. C.; STROSAHL, K. (Orgs.). A practical guide to acceptance and commitment therapy. New York: Springer. 2006. p. 315-345.
8. VOWELS, K. E.; THOMPSON, M. Acceptance and commitment therapy for chronic pain. In: MCCRACKEN, L. M. (Org.). Mindfulness and acceptance in behavioral medicine: current theory and practice. Oakland: New Harbinger, 2005. p. 31-60.
9. SABAN, M. T. Introdução à terapia de aceitação e compromisso. Santo André: ESETec, 2011.
10. VANDENBERGHE, L.; SOUZA, A. C. A. Mindfulness nas terapias comportamentais e cognitivas. Revista Brasileira de Terapias Cognitivas, v. 2, p. 35-44, 2006.
11. VLAEYEN, J. W. S. et al. Graded exposure *in vivo* for pain-related fear. In: TURK, D. C.; GATCHEL, R. J. (Orgs.). Psychological approaches to pain management: a practitioner's handbook. 2nd ed. New York: Guilford, 2002. p. 210-233.
12. KORI, S. H.; MILLER, R. P.; TODD, D. D. Kinisophobia: a new view of chronic pain behavior. Pain Management, v. 3, p. 35-43, 1990.
13. LETHEM, J. et al. Outline of a fear-avoidance model of exaggerated pain perception. Behaviour Research and Therapy, v. 21, p. 401-408, 1983.
14. PHILIPS, H. C. Avoidance behaviour and its role in sustaining chronic pain. Behavioral Research and Therapy, v. 25, p. 273-279, 1987.
15. VLAEYEN, J. W. et al. Behavioural rehabilitation of chronic low back pain: comparison of an operant treatment, an operant cognitive treatment and an operant-respondent treatment. Br. J. Clin. Psychol., v. 34, p. 95-118, 1995.
16. GATCHEL, R. J. Clinical essentials of pain management. Washington: American Psychological Association, 2004.
17. TURK, D.; MEICHENBAUM, D.; GENEST, M. Pain and behavioural medicine: a cognitive-behavioural perspective. New York: Guildford,1983.
18. GIL, K. M.; ROSS, S. L.; KEEFE, F. J. Behavioral treatment of chronic pain management protocols. In: FRACE, D.; KRISHNAN, R. R. (Orgs.). Chronic Pain. Washington: American Psychiatric, 1988. p. 376-414.
19. GATCHEL, R. J.; ROBINSON, R. C.; STOWELL, A. W. Psychotherapy with chronic pain patients. In: FISHER, J. E.; O'DONOHUE, W. T. Practitioner's guide to evidence-based psychotherapy. New York: Springer, 2006. p. 189-195.
20. TSAI, M. et al. Um guia para a psicoterapia analítica functional (FAP): consciência, coragem, amor e behaviorismo [Obra publicada originalmente em 2009; F. Conte, & M. Z. Brandão, trads.]. Santo André: ESETec, 2012.
21. VANDENBERGHE, L. A functional analytic approach to group therapy. The behavior analyst today, v. 10, p. 71-82, 2009.
22. VANDENBERGHE, L.; CRUZ, A. C. F.; FERRO, C. L. B. Terapia de grupo para pacientes com dor crônica orofacial. Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva, v. 5, p. 31-40, 2003.
23. VANDENBERGHE, L.; FERRO, C. L. B.; CRUZ, A. C. F. FAP-enhanced group therapy for chronic pain. The Behavior Analyst Today, v. 4, p. 369-375, 2003.
24. MELZAK, R. Pain and stress: clues toward understanding chronic pain. In: SABOURIN, M.; CRAIK, F.; ROBERT, M. (Orgs.). Advances in psychological science. v. II. Hove: Psychology, 1998. p. 63-88.

VENDEDOR APOSTILASMEDICINA@HOTMAIL.COM
PRODUTOS http://lista.mercadolivre.com.br/_CustId_161477952



3

Dor | Visão Psicofisiológica

Sâmia Aguiar Brandão Simurro

A psicofisiologia é uma importante área de estudo que tenta relacionar a subjetividade humana aos processos fisiológicos do corpo. No campo de investigação científica, estuda as atividades cerebrais e sua relação com a percepção, cognição e comportamento e os processos emocionais e de aprendizagem. Do ponto de vista clínico, a psicofisiologia tem trazido contribuições importantes para a compreensão e o tratamento do estresse, de transtornos emocionais, em geral, e de doenças psicossomáticas.

A psicofisiologia tem demonstrado a interdependência entre emoção, cognição e estados fisiológicos; revela que emoções fortes podem alterar percepções, crenças, atitudes e expectativas e causar inflamações dos tecidos. Com relação ao estudo da dor, sabe-se que ela é mais do que uma informação sensorial sobre uma condição do corpo. Não se trata apenas da sensação desagradável originada por um trauma ou inflamação nos tecidos. Qualquer profissional de saúde ao ouvir uma queixa de dor pode observar os componentes afetivos envolvidos no discurso. Eles sabem o quanto as emoções influenciam a dor.

Conceitos e fenômenos subjetivos, como a dor, sempre foram difíceis de serem avaliados e tratados com precisão. No caso da dor crônica, os sujeitos frequentemente entram em contato com os afetos, pela via somática, ou seja, o componente emocional relaciona-se com as sensações dolorosas, cinestésicas e corporais. Outra dificuldade é a comunicação exata da dor que está sendo sentida, pois o ouvinte interpreta a descrição da dor do outro, conforme seu conceito próprio de dor, adquirido por experiências pessoais e história de vida. No entanto o doente necessita de que sua dor seja compreendida, reconhecida, respeitada e cuidada, tanto para confiar no profissional que o assiste, como para aderir ao tratamento proposto.

A psicofisiologia apresenta-se como importante recurso para o estudo e a compreensão da dor crônica. Ela explica como o estresse influencia seu surgimento, manutenção ou piora; relaciona os processos cognitivos envolvidos (atenção, crenças, expectativas e significado) e oferece importante contribuição para novos métodos de intervenção psicológica, melhorando e controlando a dor. Esta é um fenômeno subjetivo, porque o modo e a magnitude com que é sentida variam individualmente, como tal, é mais do que informação sensorial por si só. A subjetividade do fenômeno da dor deve-se ao fato de os aspectos sensoriais estarem intimamente relacionados com os aspectos afetivos e cognitivos dos indivíduos.

Dentre as dimensões da dor, uma das que mais compromete o indivíduo é a sensitivodiscriminativa. Esta dimensão, portanto, deve ser bem avaliada e controlada. Como se sabe, a dor é sempre multifatorial. Por isso, é necessário considerar o contexto psicofisiológico tanto na avaliação quanto no tratamento do paciente com dor. Este capítulo pretende explorar a dimensão afetiva da dor, associando-a ao processo em si.

Perspectiva histórica da relação mente-corpo

A visão cartesiana e dualista da interligação mente-corpo prevaleceu por quase todo o século 20. Descartes (1596-1650), filósofo e matemático da era moderna, localizou a mente (*intelecto*) no cérebro. Ele acreditava que a sede da mente seria a glândula pineal, estrutura localizada no centro do cérebro que regula o comportamento por meio do direcionamento do fluxo dos líquidos ventriculares para os músculos específicos. A partir dessa descoberta, criou-se uma nova explicação para o comportamento, na qual o cérebro tinha um papel importante. Apesar de considerar em sua teoria mente e corpo coisas separadas, elas estavam interligadas. Descartes afirmava que a maioria das atividades do corpo, como sensação, movimento, digestão, respiração e sono, poderia ser explicada pelos princípios mecânicos, mediante os quais o corpo físico e o cérebro funcionam. A mente trabalhava por meio da glândula pineal que era responsável pelo comportamento racional.

Sendo identificados, ainda, os componentes do arco reflexo: a sensação de dor e sua condução pelos nervos até o sistema nervoso central. Ele já afirmava que os nervos motores e os músculos eram responsáveis pela ação ou resposta.

Carl Wernicke (1848-1905), neurologista alemão, propagou a ideia de que o *sistema nervoso* era composto por várias sinapses interconectadas. Para ele, a parte anterior do *cérebro* era responsável pelos movimentos, e a parte posterior, pelas impressões sensoriais. Wernicke identificou que lesões na superfície superior do *lobo temporal* interrompiam a fala normal. Ele e outros pesquisadores começaram a supor possíveis interconexões entre a área de Broca e a área de Wernicke.

Alexander Luria (1902-1977) elaborou a teoria dos sistemas funcionais e demonstrou a organização funcional do cérebro. Ele analisou qualitativamente o processo cognitivo, demonstrou a dinâmica do funcionamento cerebral e contribuiu para a compreensão do funcionamento das áreas frontais do cérebro.

No início do século 19, muitos cientistas preocuparam-se com a relação entre a "dor mental" e a "dor física", e graças aos avanços da neurologia e da medicina experimental, a dor passou a ser investigada por fisiologistas e discutida em laboratórios, sendo, então, conceituada como sensação.[1]

Hoje é consenso entre os profissionais de saúde que a atividade cerebral e a mente são inseparáveis; a ideia que prevalece é a de que mente e corpo estão intimamente relacionados e que a mente tem um grande poder sobre o sistema imunológico. Embora atualmente ainda seja difícil abandonar o pensamento cartesiano, a interdependência entre as emoções subjetivas e a fisiologia é inegável, mesmo que ainda não sejam totalmente compreendidas. Aprofundaremos os conceitos de como o sistema nervoso autônomo pode influenciar o estado emocional, como o cérebro pode regular o corpo conscientemente e como as emoções fazem parte deste processo.

Processos emocionais

Entender a dor pela perspectiva emocional exige que se compreendam suas origens e seus objetivos. As emoções são estados de excitação fisiológica, que podem ser positivos ou negativos, e surgem a partir de um estímulo (evento) do ambiente interno ou externo. As emoções são reações psicofisiológicas que representam modos de adaptação em conformidade com as mudanças ambientais contextuais e/ou situacionais. Elas organizam as respostas de muitos sistemas biológicos, com o objetivo de estabelecer um meio interno ótimo em prol de um comportamento mais efetivo.

Sob essa ótica, as emoções apresentam um importante papel de proteção e de sobrevivência. Sentimentos negativos não são apenas percepções distorcidas. Eles também constituem um mecanismo de proteção que nos ajudam na sobrevivência. No entanto, quando alguém apresenta dor constante e sem controle, emoções igualmente sem controle podem surgir e provocar comportamentos disfuncionais e/ou uma patologia física.

Dor, como descrita por Melzack e Torgerson,[2] é a interação de três contextos: um sensorial, um emocional e a imagem simbólica de um fenômeno. No córtex cerebral de diferentes regiões do sistema nervoso, os aspectos sensitivo-discriminativo, afetivoemocional e aspectos cognitivos interagem, possibilitando ao indivíduo ter a interpretação adequada do fenômeno da dor.[3]

O contexto emocional relacionado com a dor é um fenômeno bastante complexo. A dor sentida é influenciada pela maneira como se sente sobre si, sobre os outros, como se comporta, como se sente vulnerável ao estresse, como a cognição funciona e a suscetibilidade para transtornos emocionais. A dimensão afetivo-motivacional exprime o caráter desagradável da sensação da dor com maior relação ao sofrimento que ela causa do que a apreciação sensorial de fato. Tudo isso pode estar relacionado com a história pessoal, familiar e cultural do indivíduo e pode evoluir para estados mais diferenciados, como ansiedade, angústia e depressão.[4]

O estímulo sensorial nocivo precisa ser discriminado em nível consciente, para que as reações adequadas sejam processadas. Para que ocorra o processo discriminativo, deve haver o registro de informações deste estímulo, possibilitando a localização, a avaliação da magnitude, a natureza e outros aspectos físicos do fenômeno que ativam os receptores.

A dimensão cognitiva engloba um conjunto de processos capazes de modular a dor: fenômenos de atenção-distração, significado e interpretação da situação dolorosa, sugestão, antecipação da dor, fatos estes referentes às experiências vividas ou aprendidas. As avaliações cognitivas também podem ser influenciadas por fatores pessoais e situacionais do indivíduo, como a visão que o indivíduo tem de si mesmo, do mundo e de sua doença.[5]

Assim, a dor não pode e não deve ser compreendida e tratada apenas como um evento sensorial. Dor é um estado físico e emocional desagradável ao indivíduo, que tem como principais características a consciência e o ajuste de adaptação a um trauma no tecido.

As emoções humanas, incluindo as provocadas pela experiência da dor, apresentam importante papel adaptativo. Como visto, elas atuam intensamente na percepção e tomada de consciência da situação, produzindo informações importantes para se que se escolha a melhor alternativa para os comportamentos de resposta. Chapman[4] descreve que as emoções negativas, como o medo, facilitam a adaptação e a sobrevivência do indivíduo. Segundo ele, as emoções têm um papel defensivo na espécie porque, à medida que vivemos a experiência do medo na hora da dor ou do ferimento, buscamos proteção.

Na espécie humana, situações de dano podem parecer ameaçadoras, mesmo que elas não existam de fato. Isso porque a percepção e a tomada de consciência ocorrem principalmente em função das imagens que vemos "somatossensoriais e emocionalmente coloridas". As cognições e a tomada de consciência ocorrem em geral por meio de imagens e exercem importante papel na experiência dos sintomas.

Pessoas podem reagir emocionalmente a uma imagem mental da dor, antes que ela aconteça. A intensidade desse sentimento determina a significância da experiência para aquele que a vivencia. A magnitude emocional da dor é uma representação interna da ameaça associada ao evento que produziu a dor.

As emoções negativas direcionam as pessoas para a ação de luta ou fuga, com expressões como verbalização, postura, variações faciais, padrões musculares e alterações da atividade. Essas expressões representam a comunicação e suscitam o suporte social. Algumas dessas expressões emocionais básicas são consideradas inatas aos animais e aos seres humanos.

A comunicação é um importante fator adaptativo da expressão emocional. Os seres humanos, assim como outros mamíferos, têm seus grupos sociais e buscam apoio neles para sua adaptação e sobrevivência.[4]

Neuroanatomia das emoções

Estudos e investigações do cérebro fizeram os pesquisadores associarem o cérebro límbico às emoções. O desenvolvimento de novas técnicas de pesquisa tanto em neurofisiologia como em neuroimagem têm contribuído para a compreensão da profunda interdependência que existe entre cognições, emoções e os processos homeostáticos na espécie humana. Como já mencionado, emoções como alegria, raiva, tristeza e medo são normalmente expressas em forma de comportamentos. As estruturas límbicas têm como principal função a regulação desses processos emocionais e impulsos motivacionais.

Ainda não existe um consenso sobre todas as estruturas que devem fazer parte do sistema límbico. Três tipos de estruturas, descritas por MacLean,[6] compõem o sistema límbico e suas funções: amígdala, área septal, tálamo cingulado.

Essas estruturas recebem informações do ambiente externo e interno por meio dos extraceptores e intraceptores. As áreas corticais relacionadas com as funções do sistema límbico são:

- Córtex frontal
- Córtex pré-frontal, responsável por funções mentais complexas como fala, pensamento, aprendizagem, emoções e movimentos
- Córtex para-hipocampal e córtex entorrinal, importantes nos processos da memória
- Córtex insular, importante na integração emocional-motivacional e
- Córtex cingulado anterior, relacionado com estados de atenção.

O hipotálamo, juntamente com o sistema límbico e os lobos frontais, abrigam o circuito que controla os comportamentos motivados. O hipotálamo fornece o controle mais simples, que é basicamente homeostático. O sistema límbico é responsável pela emoção, e os lobos frontais produzem o comportamento adaptado, depois a análise dos ambientes externos e interno.

Fisiologia da dor

A dor é o resultado de uma série de trocas elétricas e químicas que envolvem os nervos periféricos, a medula espinal e o cérebro. Além disso, dor implica interação de três contextos: sensorial, emocional e imagem simbólica do fenômeno. Nas diferentes regiões do córtex cerebral, os aspectos sensitivo-discriminativo, afetivo-emocional e cognitivos interagem, tornando possível ao indivíduo interpretar de maneira adequada o fenômeno da dor.[3]

A dor aguda, que tem função protetora, acontece quando há risco de dano tecidual. Neste caso, a descrição da região dolorosa é clara, assim como a da sua qualidade, frequência e duração. Ela é concomitante à atividade autonômica e à ativação neuroendócrina excessiva (Figura 3.1).

VENDEDOR APOSTILASMEDICINA@HOTMAIL.COM
PRODUTOS http://lista.mercadolivre.com.br/_CustId_161477952

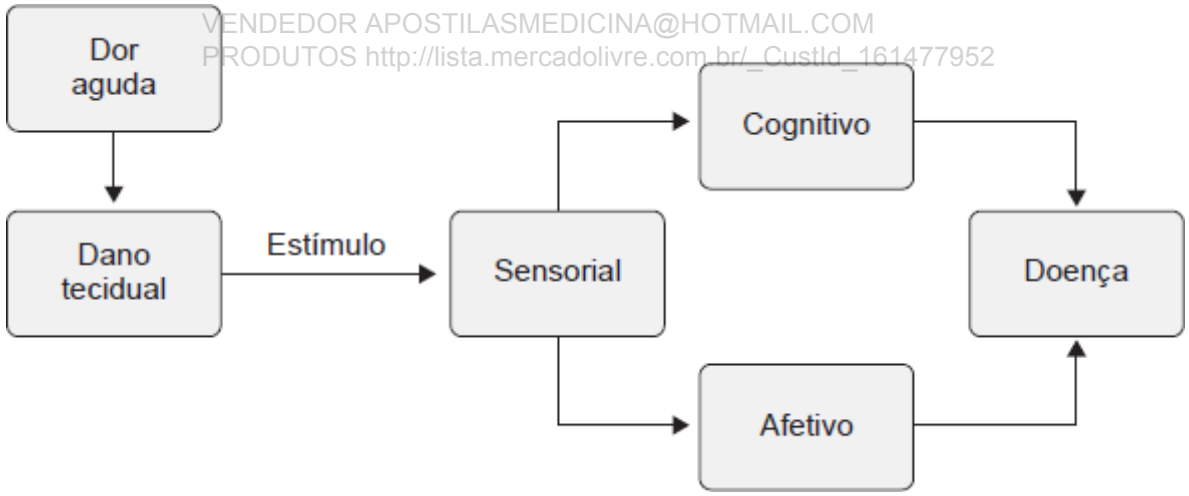


Figura 3.1 Fatores envolvidos na dor aguda.

A dor crônica pode decorrer de dano tecidual contínuo (dor nociceptiva), atividade neural patológica e anormal (neuropática), fatores ambientais ou disfunção de sistemas endógenos de controle da dor (síndrome dolorosa). Neste último caso, a descrição é vaga, sem benefício biológico e pode causar estresse físico, emocional, social e financeiro (Figura 3.2).

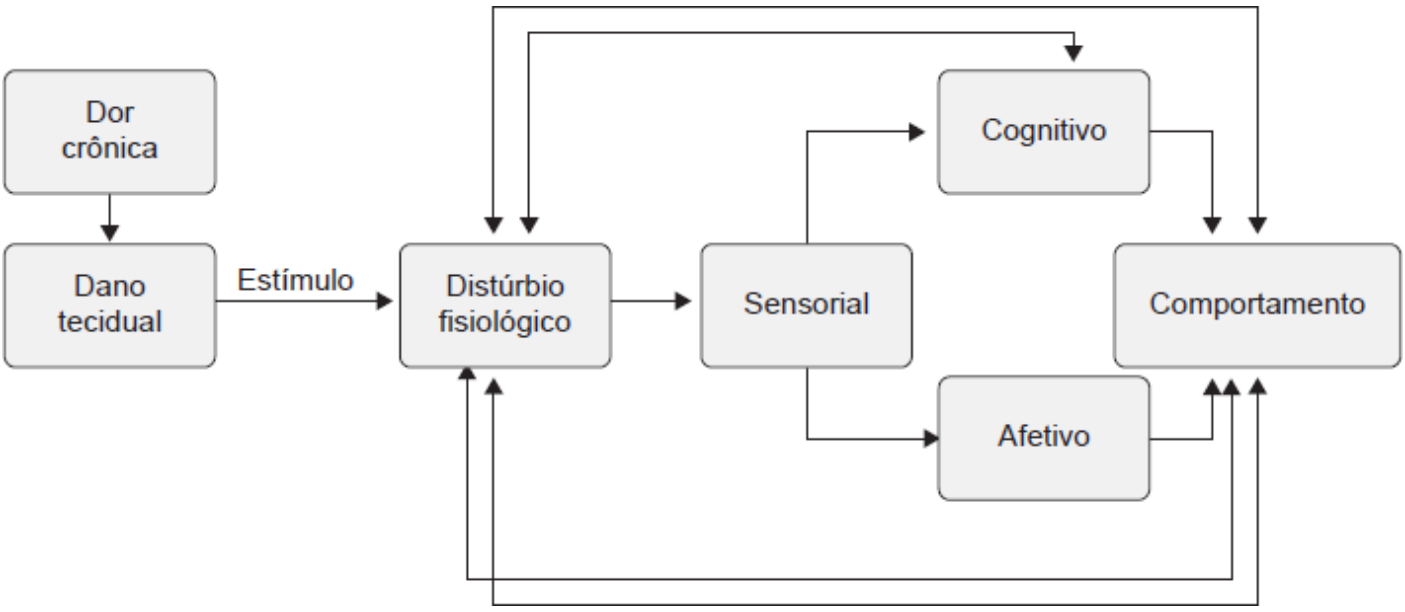


Figura 3.2 Fatores envolvidos na dor crônica.

Na medula, há neurônios que recebem as informações dolorosas e filtram o caminho que elas seguirão até chegarem ao cérebro. A dor aguda e grave, recebida do ambiente ou da medula espinal, segue uma via mais rápida e direta e os nervos motores sinalizam para que o sistema nervoso entre em ação.

Quando as mensagens chegam ao cérebro, o tálamo interpreta como dor e envia essas informações para três regiões especializadas: córtex somatossensorial (sensações físicas), sistema límbico (emoções) e córtex frontal (pensamentos).

Em geral, as informações somatossensoriais são conduzidas pelas fibras nervosas, neurônios do gânglio da raiz dorsal, até o sistema nervoso central. O dendrito e o axônio do neurônio transportam essas informações sensoriais da pele, do músculo e dos tendões. O processamento dessas informações pode ser modificado quando há anormalidade na atividade neural ou lesão tecidual. Neste caso, percebem-se as alterações ameaçadoras para o organismo, originando assim a sensação da dor. Os estímulos nocivos podem ser químicos e/ou térmicos de intensidade e duração suficientes para sensibilizar os receptores nociceptivos ou algioceptores que estão presentes em quase todas as regiões do corpo.[4]

O estímulo sensorial nocivo é discriminado para que a resposta adequada seja processada. Os receptores sensoriais, que são especializados para cada estímulo, localizamse nas extremidades dos nervos periféricos.

Com base na característica do estímulo, os receptores são divididos em: mecanorreceptores (tato, pressão, distensão ou vibração), quimiorreceptores (lesões ou infecções) e termorreceptores (aquecimento ou resfriamento).

Os nociceptores estão classificados como um subgrupo de receptores que codificam a sensação de dor em função de um estímulo que provoca lesão ou ameaça de lesão. O registro das informações sobre a dor precisa ser feito para que se estabeleça sua localização temporoespacial, dentro ou fora do corpo.[7]

O processo discriminativo inclui a avaliação da magnitude do estímulo. Tal atividade decorre da ativação do feixe espinotalâmico lateral e dos tratos da coluna posterior da medula espinal que excitam o córtex somatossensorial do giro

pós-central, giro paracentral posterior e córtex do opérculo parietal. As duas últimas áreas parecem estar mais envolvidas com a dor do que a primeira.[3]

PRODUTOS http://lista.mercadolivre.com.br/_CustId_161477952

Os nociceptores recebem a estimulação dolorosa, transformam-na em impulsos que, ao longo das fibras nervosas sensitivas dos nervos periféricos, alcançam a medula pela porção lateral das raízes dorsais. Os neurônios, conhecidos como fibras do tipo C, finas e não mielinizadas, são responsáveis pela condução de impulsos, que dão origem à dor lenta, surda ou crônica. As fibras tipo A-delta, mielinizadas, são responsáveis pela condução de impulsos que produzem dor rápida ou aguda. Os neurônios A-delta aferentes fazem sinapse na medula com neurônios de segunda ordem, cruzando a linha mediana em frente ao canal central, para constituir o feixe espinotalâmico lateral, pelo qual ascendem até o tálamo.

Os tratos que processam as informações no sistema nervoso central percorrem vias diferentes, e menos diretas, até o cérebro. Algumas fazem sinapse com vários interneurônios da medula espinal. Outras fazem sinapse com outros neurônios da substância cinzenta da medula espinal de onde emergem os tratos para a substância branca da região anterolateral da medula.[8]

A informação nociva causada pelas sensações térmicas (calor, frio) estimula os neurônios da formação reticular do tronco encefálico. Este transmite a informação para as vias que se destinam ao tálamo, hipotálamo e outras áreas cerebrais relacionadas com as atividades neurovegetativas e às emoções. Certas áreas da substância cinzenta periaquedutal mesencefálica, quando estimuladas, produzem sensações difusas de queimor ou de frio na cabeça e no tronco, medo e alterações neurovegetativas, incluindo a piloereção, o aumento da frequência cardíaca e sudorese no lado oposto do corpo.[3]

No tálamo, o complexo ventrobasal é responsável pelo sistema de condução rápida e é conhecido como neotálamo (núcleos mais recentes na escala zoológica). As fibras deste sistema irradiam-se amplamente para o córtex cerebral de modo difuso, para o sistema límbico e para núcleos basais ligados ao controle do movimento.

O córtex da ilha de Reil, inserido na fissura silviana entre os lobos frontal e temporal, relaciona-se com a experiência da dor visceral. Os aspectos emocionais da dor e as reações associadas são produzidos no sistema límbico.[3]

As fibras proprioceptivas para os músculos faciais e orbitais, da mastigação e da língua passam para o núcleo mesencefálico, com as fibras para dor e temperatura que se agrupam para formar o feixe espinal do nervo trigêmeo. Essas fibras ativam a formação reticular do tronco encefálico e do hipotálamo, nos quais são mediadas as reações neurovegetativas.[3]

O hipotálamo é o responsável pela integração das respostas endócrinas, autonômicas e comportamentais que garantem a homeostase e a reprodução da espécie. Do hipotálamo os neurônios enviam projeções para os núcleos anterior e medial do tálamo, daí para o córtex cerebral e o sistema límbico, possibilitando a integração das informações sobre identificação, localização, qualidade, significado e carga emocional dos estímulos.[3]

As vias eferentes periféricas de conexões do sistema nervoso neurovegetativo emergem da medula espinal torácica, nos primeiros segmentos lombares, segundo e terceiro segmentos sacrais, como ramo comunicante branco ou pré-ganglionar; fazem sinapses com outros neurônios nos gânglios sensitivos; dão origem aos ramos comunicantes cinzentos que constituirão os nervos periféricos e distribuem-se nos vasos sanguíneos, glândulas e músculos eretores dos pelos.[3]

A supressão da dor depende das vias descendentes localizadas no funículo dorsolateral da medula espinal. A substância cinzenta periaquedutal mesencefálica recebe aferências de diferentes origens, tais como hipotálamo, mediante fibras que trafegam pela substância cinzenta periventricular, córtices frontal e insular, amígdala, núcleo parafascicular do tálamo, núcleo cuneiforme, núcleo da substância ferruginosa, formação reticular ponto-bulbar e corno posterior da medula espinal (CPME). Há vias supressoras de projeção rostral ainda pouco conhecidas.[8]

Bioquímica da dor

O fenômeno da dor que resulta de inflamações também pode ser explicado pela ótica neuroquímica. As terminações nervosas que captam os estímulos contêm substâncias neuroquímicas chamadas de neurotransmissores (substância P, calcitonina etc.), que podem ser liberados nos tecidos, causando processos inflamatórios que agravam a condição da dor inicial.[3]

As substâncias conhecidas como algiogênicas estão presentes nos tecidos em condições inflamatórias, como traumatismos ou isquemias, e são liberadas no interior dos mastócitos, outros leucócitos, vasos sanguíneos e células traumatizadas, responsáveis pela hiperalgesia.[3]

São substâncias algiogênicas: acetilcolina, prostaglandinas, histamina, serotonina, bradicinina, leucotrieno, substância P, tromboxana, neutrofinas, radicais ácidos, íons de potássio e fator de ativação plaquetária.

O sistema nervoso simpático pode influenciar no agravamento da dor. A liberação de norepinefrina no ambiente tecidual modifica a vasoatividade, ativando os receptores α-I nociceptivos dos aferentes primários. Pode ainda sensibilizar os nociceptores, liberando prostaglandinas nos tecidos que podem excitar a terminação nervosa, agravando a condição de dor neuropática, como ocorrem em muitos doentes em situação de tensão, ou situações emocionais adversas.[3]

O sistema nervoso periférico, além de captar informações, ocasionando dor, pode também receber informações que inibem sua atividade. Sabe-se que existem receptores de morfina nas terminações nervosas. Quando há traumatismos agudos, nem sempre a dor é percebida por causa, em parte, da atuação das vias centrais inibitórias e à liberação da β-endorfina na corrente sanguínea que atua nesses receptores e inibe a sensação de dor.[3]

A informação é transferida para as unidades no sistema nervoso central, graças à liberação de vários neurotransmissores representados pela substância P, somatostatina, calcitonina, pelos ácidos aspártico e glutâmico, pela calecistoquina, entre outros, na substância cinzenta da medula espinal. Há aumento da permeabilidade da membrana celular e segundos e terceiros mensageiros sensibilizam os neurônios centralmente. A modificação da biologia dos receptores (reestruturação e neuroplasticidade), proporcionada pela excessiva estimulação da dor, é uma das razões da instalação da dor crônica. As informações da medula espinal são veiculadas para as estruturas subcorticais. O ácido glutâmico está envolvido neste processo.[3]

A sistema supressor de dor funciona pela ação das encefalinas, endorfinas, norepinefrina, serotonina, substância P, dopamina, do ácido gama-aminobutírico (GABA), somatostatinas etc. Os estímulos discriminativos ativam o sistema supressor. As vias descendentes supressoras de dor são mais conhecidas pelo funículo dorsolateral da medula espinal e projetam-se nas lâminas superficiais do CPME. Estas vias utilizam serotonina e norepinefrina, como neurotransmissores.

As fibras descendentes catecolinérgicas inibitórias, oriundas do núcleo e do subnúcleo da substância ferruginosa, projetam-se nas unidades nociceptivas nas lâminas I, II e X e atuam por meio de receptores α-2, talvez mediante a liberação de (GABA) e glicina ou, indiretamente, pelos tratos serotoninérgicos. A norepinefrina inibe as vias nociceptivas da medula espinal. Do magno da rafe, emergem fibras serotoninérgicas.[8]

A dor pode ser causada por dois mecanismos: estímulos dolorosos excessivos ou hipoativação do sistema supressor. Em qualquer uma das situações há desequilíbrio entre o sistema receptivo e o supressor de dor.

Dimensão afetiva da dor

Segundo Chapman,[4] a dimensão afetiva da dor envolve dois tipos de mecanismos. O mecanismo primário produz uma experiência imediata semelhante à hipervigilância ou ao medo. Essa resposta rápida tem o objetivo de focar a atenção e o comportamento para essa experiência. Ao mesmo tempo, mensagens da amígdala, do hipotálamo e de outras estruturas límbicas excitam o sistema nervoso autônomo, modificando o estado corporal, ou seja, aumentando os batimentos cardíacos, a tensão muscular, a frequência respiratória, provocando alterações viscerais e tremores. A percepção dessas reações cria intensa experiência subjetiva. A dimensão afetiva surge a partir das mensagens recebidas e da avaliação individual da experiência da dor, sendo o medo potencialmente confirmado ou não.

Um evento doloroso automaticamente medeia a mudança do status do corpo e desenvolve uma imagem somática. A percepção se dá por meio de imagens que são representações simbólicas internas ou externas dos objetos ou eventos. As cognições são mais eficientes quando se utiliza, além das sensações, imagens. Essas imagens somáticas estão associadas ao tecido do trauma e apresentam complexos padrões de excitação fisiológica; atendem à representação simbólica da ameaça biológica à integridade da pessoa e, em alguns casos, da psicológica. Resposta afetiva envolve imagens e símbolos que representam as cognições e as emoções.[4]

Entender como a experiência da dor se processa é a chave para o melhor tratamento tanto da dor aguda, como da dor crônica. Nossa compreensão sobre a percepção nociceptiva está evoluindo e, como sabemos, reconhece-se o envolvimento de fatores de origem humoral e o da transmissão neural. Esses fatores são responsáveis pela ativação e sensibilização das regiões anteriormente citadas, envolvidas na percepção da dor, no sofrimento e nos comportamentos de evitação. Evitar essas alterações utilizando abordagem multidicisplinar pode ser a melhor maneira de controle e sucesso no tratamento da dor.

Estresse e dor

Diante de uma situação avaliada como ameaçadora ou estressante, quatro sistemas de resposta entram em ação: sistema nervoso somático, sistema nervoso autônomo, sistema neuroendócrino e sistema imunológico.

Os hormônios do sistema endócrino determinam a maneira como o indivíduo responde ao estresse. O corpo reage às diferentes agressões externas sofridas, por mecanismo de adaptação e defesa.[9] O processo ocorre com a estimulação da hipófise pelo hipotálamo, que provoca um aumento na produção de cortisol. Este elevado nível de cortisol mobiliza energia (glicose) e inibe o sistema imunológico do corpo.

Há muito se sabe que o estresse provoca, ainda, alterações fisiológicas e psicológicas. Os componentes fisiológicos são aqueles diversos sintomas de excitação corporal como: aumento da frequência cardíaca, aumento da pressão arterial, respiração ofegante, boca seca, entre outros. Os componentes psicológicos envolvem os pensamentos, as emoções e os comportamentos. Esses componentes são determinados pelas avaliações cognitivas que fazemos da ameaça percebida.[10]

Quando a experiência do estresse é aguda, ou seja, rápida, passageira e a situação volta a ficar sob controle, o organismo pode retomar imediatamente a sua homeostase (equilíbrio inicial). No caso do estresse crônico, a vulnerabilidade do indivíduo na aquisição de doenças aumenta.

A reação ao estresse, assim como à dor, é comandada pelo sistema nervoso por intermédio dos neurônios sensoriais que transmitem os impulsos para regiões secundárias do cérebro, dando o sinal de alerta para a ameaça. A formação reticular vai coordenar os caminhos neurais de comunicação do corpo com o cérebro, alertando para o perigo iminente.

A informação vai para o tálamo, que direciona e classifica essa informação, enviando-a para o hipotálamo, o sistema límbico e as regiões do córtex cerebral que processam as informações e estas passam a ter significado. A formação

reticular recebe as informações de volta e as envia para o sistema nervoso simpático. É a partir da ativação do sistema nervoso simpático que os órgãos que estão envolvidos na defesa se mobilizam. O metabolismo corporal é alterado para fornecer mais energia ao organismo, para que este reaja (reação de luta ou fuga). As glândulas adrenais excitadas liberam epinefrina, norepinefrina e cortisol, hormônios estimulantes do corpo. Com isso, a frequência cardíaca aumenta, as pupilas se dilatam e os processos de digestão diminuem, facilitando a reação do organismo sob ameaça.

O hipotálamo exerce a importante função de controle na resposta ao estresse. Ele secreta corticotrofina, que ativa a hipófise para liberar o hormônio adrenocorticotrófico. A hipófise estimula o córtex adrenal, que secreta os corticosteroides, responsáveis pelo combate às inflamações, pela mobilização dos recursos energéticos do corpo. Os hormônios liberados são assimilados pela medula adrenal, que secreta epinefrina e norepinefrina na corrente sanguínea e desencadeia uma série de reações físicas como: coração acelerado, boca seca e aumento da sudorese.[10]

A longa duração da situação de estresse pode trazer efeitos devastadores para o corpo. Hipertensão, problemas cardiovasculares, tensão muscular, fadiga crônica, distúrbios digestivos e maior risco de doenças crônicas são alguns dos sintomas do estresse prolongado. O estresse crônico pode também provocar problemas e comprometimentos em diversas regiões cerebrais, alterações da memória e, em casos extremos, a perda permanente dela.

O estresse tem sido mencionado como explicação do estado psicofisiológico do organismo, continuamente exposto a diferentes experiências ou estímulos que produzem diferentes efeitos psicológicos e comportamentais. Seu nível é sempre proporcional à exposição e à avaliação subjetiva que o indivíduo faz da situação.

Esse fenômeno é fundamentalmente importante para a adaptação e sobrevivência dos indivíduos. Em virtude dele são acionados numerosos agentes de defesa que existem no corpo. Sabe-se que o cérebro pode influenciar nas respostas imunológicas do organismo, agenciando sua atividade. O sistema imunológico atua de modo integrado com o cérebro e com o sistema nervoso central.

A avaliação cognitiva da ameaça ou do evento é de suma importância e tem relação direta com o estado de humor, saúde e estado motivacional do indivíduo que vivencia o estresse. Este é um processo subjetivo, o que significa que uma mesma situação pode ser interpretada de maneira diferente por pessoas diferentes e em momentos diferentes pela mesma pessoa. Sem dúvida, um dos aspectos mais preocupantes do estresse é o seu impacto sobre o corpo e sobre a saúde.

Uma situação é sempre qualificada como irrelevante, positiva ou aversiva. Esse processo de significação inicial ficou conhecido como avaliação primária. Quando o organismo percebe sua capacidade de enfrentamento da situação ameaçadora, fala-se em avaliação secundária. Sendo os recursos de enfrentamento percebidos como suficientes, os níveis de estresse se estabilizam, sendo considerados leves ou nulos. Se os recursos forem avaliados como insuficientes, é provável que o estresse seja elevado.

O processo avaliativo é sempre contínuo, a cada nova informação que surge. O indivíduo está a todo o momento percebendo as suas condições de sucesso ou falha no enfrentamento da situação ameaçadora por meio da avaliação e reavaliação cognitiva.[10]

A atividade mental relacionada com os estressores tem relação direta e prejudicial, com consequências fisiológicas. O estresse e a emoção negativa ocorrem sempre juntos e a dor é sempre afetada por esse processo. Além disso, sabe-se que dor pode também funcionar e funciona como estressor interno provocando resposta fisiológica e emocional. Pacientes podem maximizar o estresse pelo processo do pensamento catastrófico que faz a dor permanecer e aumentar.

Referências bibliográficas

1. LOBATO, O. O problema da dor. In: MELLO F. L. J. Psicossomática Hoje. Artes Médicas: Porto Alegre, 1992, p. 165-177.
2. MELZACK, R.; TORGERSON, W. S. On the language of pain. Anesthesiology, v. 34, p. 50-9, 1971.
3. TEIXEIRA, M. J.; SHIBATA, M.; PIMENTA, C. A. M.; CORREA, C. Pesquisa com pacientes. In: TEIXEIRA, M. J.; SHIBATA, M.; PIMENTA, C. A. M.; CORREA, C. Dor no Brasil: estado atual e perspectivas. São Paulo: Limay, 1995. p. 79-99.
4. CHAPMAN, R. C. The psychophysiology of pain. In: FISHMAN, S. M.; BALLANTYNE, J.; BALLANTYNE, C. J.; RATHMELL, J. P. Bonica's Management of Pain. 4th ed. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, 2010. Chap. 24.
5. PORTNOI, A. G. Dor, stress e coping: grupos operativos em doentes com síndrome de fibromialgia. São Paulo, 1999. Tese (Doutorado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.
6. MACLEAN, P. D.; MACLEAN, P. D. Some psychiatric implications of physiological studies on frontotemporal portion of limbic system (visceral brain). Electroencephalogr Clin Neurophysiol., v. 4, n. 4, p. 407-418, 1952.
7. LUNDY-EKMAN, L. Neurociência: fundamentos para a reabilitação. 2. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.
8. MELZACK, R.; WALL, P. D. The challenge of pain. 2nd ed. London: Penguin Books, 1991.
9. SELYE, H. The stress of life. New York: McGraw-Hill, 1956.
10. LAZARUS, R.; FOLKMAN, S. Stress, appraisal, and coping. New York: Springer, 1984.

VENDEDOR APOSTILASMEDICINA@HOTMAIL.COM
PRODUTOS http://lista.mercadolivre.com.br/_CustId_161477952



4

Dor | Visão Biopsicossocial

Jamir Sardá Júnior

Este capítulo versa sobre a compreensão da dor a partir de modelos biopsicossociais, bem como a partir da contribuição de fatores psicossociais para o aumento da incapacidade, do sofrimento mental e da capacidade laboral em pacientes com dor crônica. Inicialmente, serão descritos alguns modelos de dor e, em seguida, será analisada a contribuição dos fatores psicossociais como mediadores de dor.[a]

Definições de dor

A raiz latina da palavra dor é *dolor*, que significa sofrimento. No cotidiano, o termo dor está vinculado a sofrimento físico e/ou mental. Outras definições referem-se à dor como um sofrimento moral, ou seja, mágoa, pesar, desconforto, uma sensação desagradável. Apesar do desconforto existente, a função inicial da dor é informar sobre um perigo potencial ou real, bem como sobre a quebra da homeostase organísmica. Entretanto, quando se torna crônica, em geral perde sua função original de sinalizar um dano.

A dor é a causa mais comum para que um paciente procure um médico. Cerca de 75% das pessoas que procuram um médico fazem referência a algum tipo de dor. Este é um sintoma frequente, presente tanto em doenças agudas quanto crônicas. A prevalência de dor crônica na população mundial varia entre 7 e 40%, embora mais recentemente se estime que, de modo geral, 20% da população apresenta dor crônica.[1] Esses dados ilustram a magnitude desse problema e seus possíveis impactos socioeconômicos. Além disso, é importante entender como esse fenômeno é compreendido.

Segundo a International Association for the Study of Pain (IASP),[2] a dor é uma experiência desagradável, sensitiva e emocional, associada a uma lesão real ou potencial dos tecidos, ou descrita em termos dessa lesão. A definição da IASP reflete o reconhecimento da existência de componentes ou dimensões biológicas e psicológicas da dor, e enfatiza também a noção de não causalidade, tanto em relação a lesões quanto ao fato de a dimensão emocional não ser apenas uma resposta à dor.

Para compreender melhor esse conceito, é importante conhecer um pouco da história da evolução dos modelos de dor, que será apresentada a seguir.

Modelos de dor

Existem diversos modelos teóricos sobre a dor. Esses modelos podem ser divididos em teorias restritivas e teorias abrangentes.[3]

Teorias restritivas

Entre as teorias restritivas, há a teoria cartesiana, a da especificidade, a teoria padrão (*input*), a psicológica, a comportamental operante radical e a teoria cognitiva radical, entre outras.

O modelo cartesiano, proposto por René Descartes (1596-1650), é talvez o modelo de saúde-doença mais conhecido e propõe a compreensão do homem dividindo-o em *res cogitans* e *res extensa*. O primeiro conceito refere-se à substância pensante, à mente, e o segundo (*res extensa*) é definido como a matéria, o corpo físico. Descartes desenvolveu sua teoria sobre o funcionamento do sistema nervoso e enfatizou a transmissão de sinais de dor (vias aferentes), entendidos como *res extensa* e interpretados pelos ventrículos e glândula pineal como *res cogitans*. Este modelo é bem ilustrado na Figura 4.1.[4]



Figura 4.1 Modelo cartesiano de transmissão de dor.

Embora com algumas diferenças, as teorias restritivas têm em comum o fato de propor a compreensão da dor restringindo-a a um elemento, em geral com ênfase na relação de causalidade e na dicotomia da relação mente-corpo. As diversas limitações desses modelos e a evolução natural da ciência resultaram no desenvolvimento de modelos denominados *teorias abrangentes*.

Teorias abrangentes

As teorias abrangentes de dor mais conhecidas são a teoria da comporta de controle da dor (*gate control theory*), a comportamental-operante não radical e a teoria da neuromatriz. Os modelos teóricos abrangentes reconhecem a existência de diversas dimensões da experiência dolorosa e tentam integrá-las na construção de uma teoria.

A teoria da comporta de controle da dor[4] é o modelo mais usado na compreensão da dor e estabeleceu um novo paradigma ao enfatizar a importância da modulação realizada pela espinha medular, pelo sistema nervoso central e pelo hipotálamo nos processos dolorosos. Conforme Melzack e Wall:[4]

> A substância gelatinosa funciona como um sistema de controle de portal, modulando os padrões aferentes antes desses influenciarem as células 'T'. Padrões aferentes na coluna dorsal atuam em parte como um controle central de disparo, que ativa determinados processos neurais, tais como: liberação de neurotransmissores e outras substâncias, influenciando as propriedades moduladoras do sistema de portal. As células "T", por sua vez, ativam mecanismos neurais que compreendem o sistema de ação responsável por respostas e percepção de estímulos.
>
> (1965, p. 974)

O modelo proposto por Melzack e Wall salienta que a transdução dos estímulos dolorosos depende de um complexo processo biológico que conta com a presença de diversas substâncias. Entretanto, esse modelo enfatiza que essa transdução pode ser mediada por aspectos psicossociais, como processos atencionais, memórias, crenças, afetos e aspectos sociais. A teoria da comporta concebe o processamento de estímulos nociceptivos não apenas como um processo ascendente, mas também por elementos descendentes, que agem a partir do sistema nervoso central para a periferia (p. ex., medula e órgãos do sentido).

A teoria de neuromatriz[5] amplia a compreensão do modelo do controle de portais e sugere a existência de mudanças em termos de conexões cerebrais, substâncias e plasticidade cerebral decorrentes da presença da dor crônica. Essas mudanças contribuiriam para o desenvolvimento desse cérebro no sentido de ser mais apto a interpretar a dor, ou seja,

uma matriz neural mais sensível à nocicepção. Esse modelo mais recente já é sustentado por evidências científicas e possibilita compreender com mais clareza quadros de fibromialgia e síndrome dolorosa complexa regional.[6]

Nas últimas décadas, modelos mais complexos e baseados em evidências têm contribuído significativamente para a compreensão das relações entre diversos fatores biológicos, psicológicos e sociais nos quadros de dor. O modelo proposto por Flor e Turk[7] ilustra de maneira clara a relação dinâmica entre esses aspectos (Figura 4.2).

De modo geral, esse modelo propõe que estímulos desencadeadores eliciadores internos ou externos resultam em respostas psicofisiológicas (p. ex., aumento de batimentos cardíacos), que são influenciadas por fatores predisposicionais (p. ex., fatores genéticos e ocupacionais), que, por sua vez, desencadeiam respostas à dor. Essas respostas são mediadas por processos mantenedores resultantes de condicionamentos, que também interagem com estímulos e respostas eliciadoras (p. ex., estratégias de enfrentamento e memórias de dor). Todos esses processos dinâmicos culminam em um padrão de resposta psicofisiológico, que em última análise é a experiência dolorosa.

Esse modelo biopsicossocial da dor crônica, baseado em décadas de pesquisa e evidências, tem contribuído para a compreensão dos fenômenos dolorosos, por diversos fatores. Em primeiro lugar, tem proporcionado um modo de integrar evidências de mudanças fisiológicas e processos psicossociais e de estabelecer uma interação dinâmica dessas duas dimensões. Em segundo lugar, essa perspectiva tem proporcionado uma alternativa a explicações mais biológicas e reducionistas. Em terceiro lugar, esse modelo também serve de base para intervenções que abordam várias dimensões da dor, em vez daquelas apenas centradas em aspectos fisiológicos.

Outro modelo de saúde-doença, proposto por Engel,[8] de natureza mais clínica, tem contribuído para a contestação do modelo biomédico e para a superação deste em favor do modelo biopsicossocial (Figura 4.3). Esse modelo adaptado à compreensão da dor[9] trouxe grandes contribuições para a área.

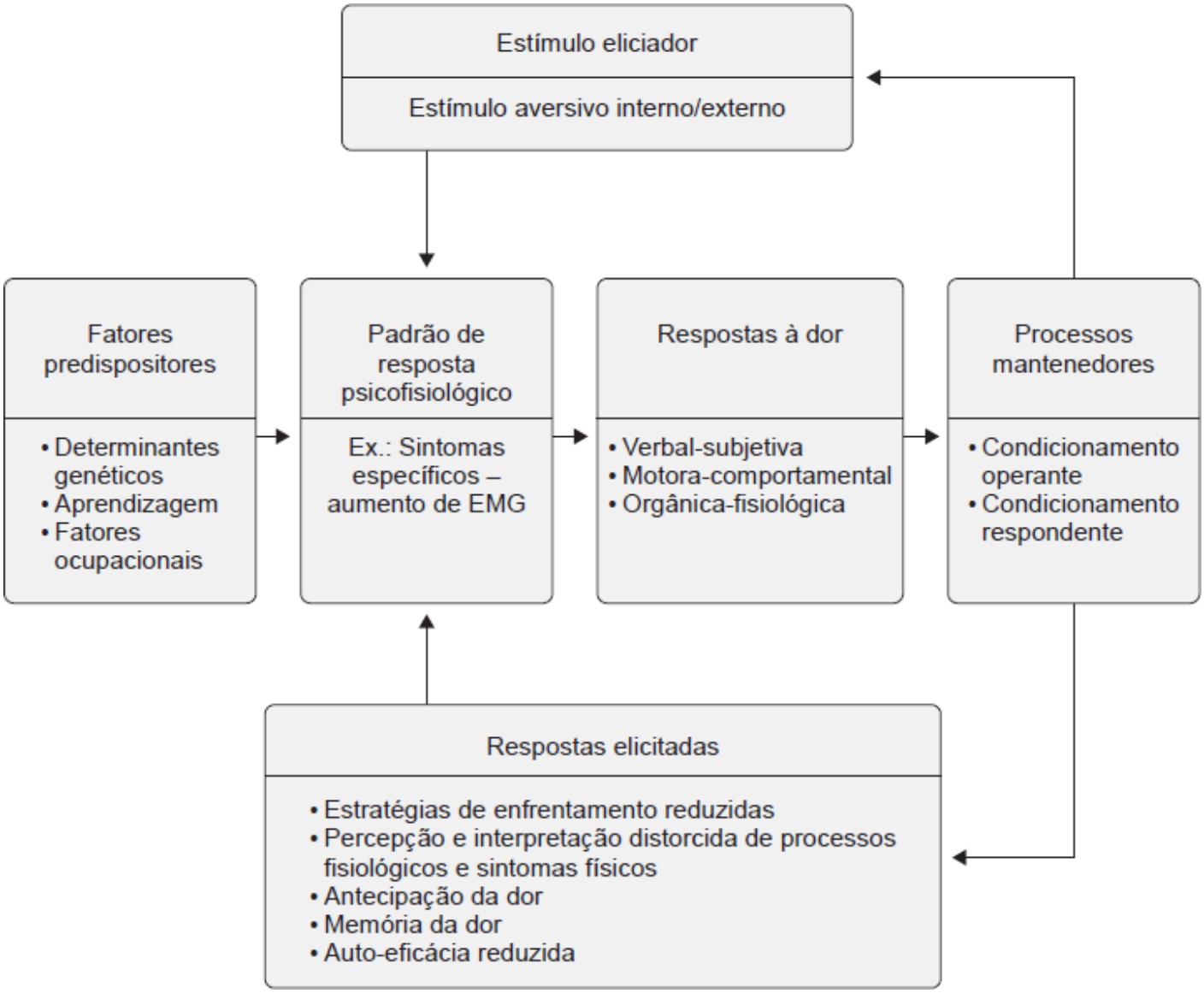


Figura 4.2 Modelo psicobiológico da dor crônica. Adaptada de Engel.

VENDEDOR APOSTILASMEDICINA@HOTMAIL.COM
PRODUTOS http://lista.mercadolivre.com.br/_CustId_161477952

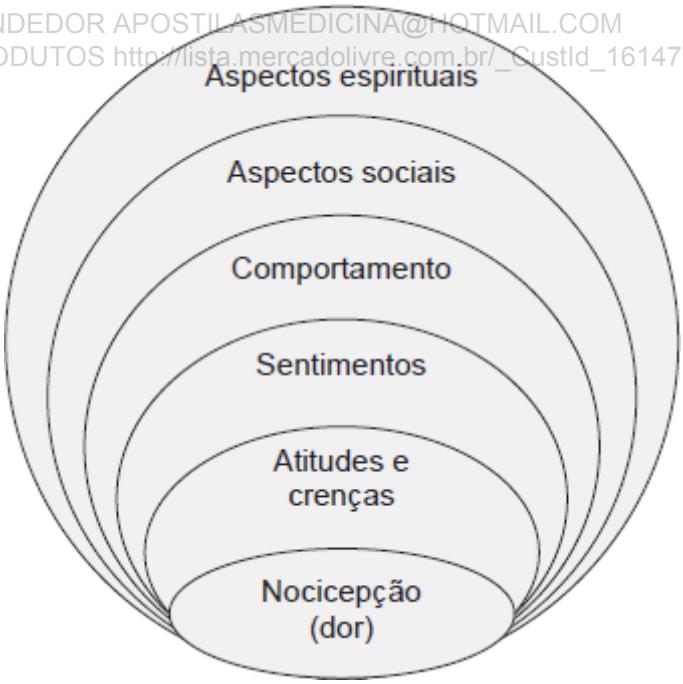


Figura 4.3 Modelo biopsicossocial da dor. Adaptada de Engel.[8]

Segundo esse modelo, aspectos biológicos interagem com dimensões psicológicas, comportamentais, sociais e espirituais, para dar forma à experiência da dor. Fatores biológicos podem iniciar, manter ou modular perturbações físicas. Fatores psicológicos influenciam a avaliação e a percepção de sinais fisiológicos, e fatores sociais vão dar forma às respostas comportamentais do paciente sobre a percepção de suas perturbações físicas.[10] Ou seja, a vivência da dor, em geral, inicia-se com estímulos nociceptivos, mas é mediada e modulada por aspectos psicológicos e sociais. De maneira geral, pode-se inferir que o que pensamos, sentimos, nosso comportamento, os contextos sociais e espirituais interagem de modo dinâmico com o estímulo nociceptivo, determinando como será vivenciada a dor. Esse modelo contribuiu para o entendimento da dor em uma perspectiva multidimensional, e não unicausal, transcendendo o modelo biomédico.

Outro modelo clínico, desenvolvido por Nicholas,[11] traz elementos importantes para a compreensão da dor crônica e enfatiza principalmente as repercussões da dor (Figura 4.4).

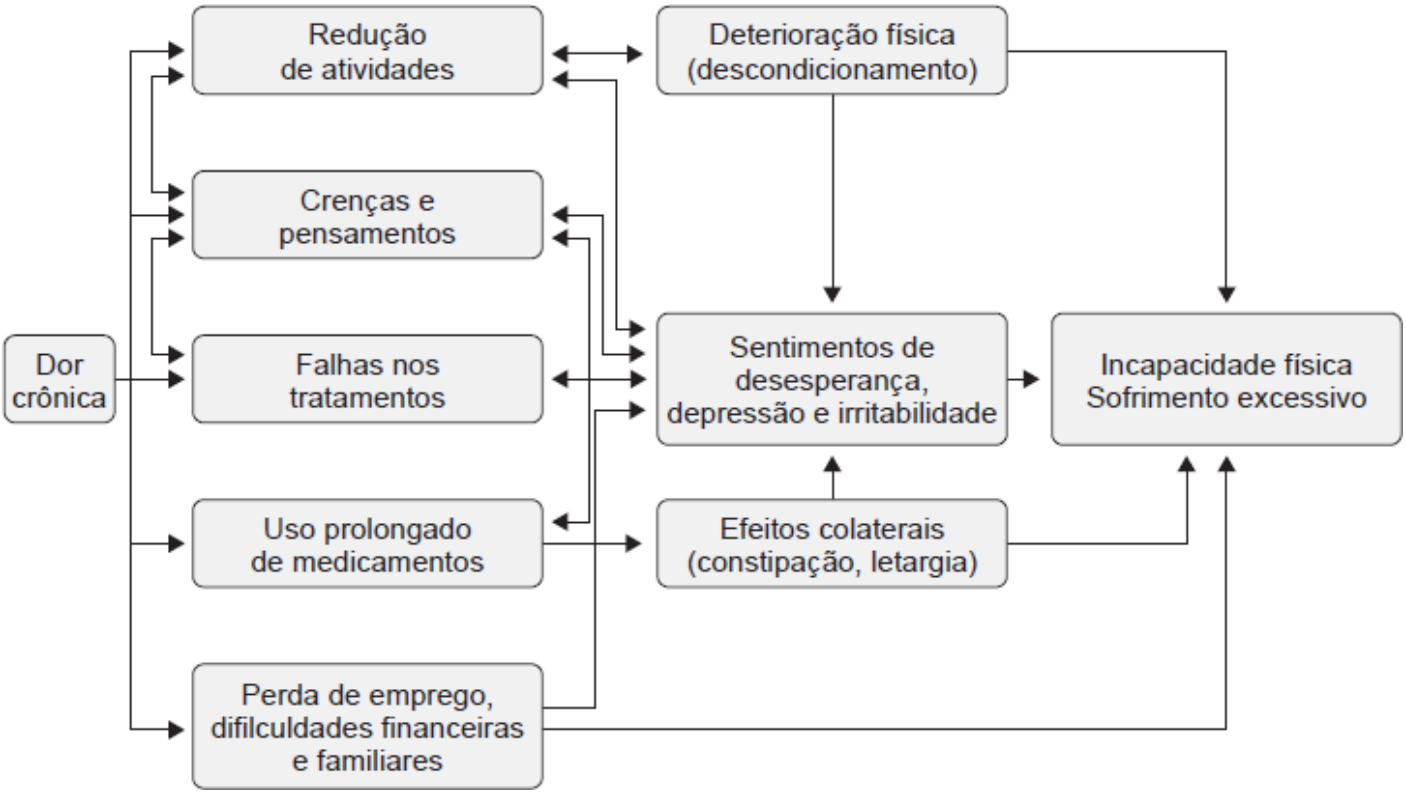


Figura 4.4 Repercussões da dor. Adaptada de Nicholas.[11]

Esse modelo, baseado em experiência clínica e em evidências, ilustra com bastante riqueza a relação dinâmica entre as dimensões biopsicossociais. Neste sentido, é possível perceber que pessoas com dor, em geral, reduzem as atividades físicas, o que, por sua vez, contribui para seu descondicionamento físico. A redução de atividades físicas não só contribui para a redução da produção de alguns neurotransmissores que favorecem nosso humor, mas também para a diminuição de

nossa autoestima, que está relacionada com nossas crenças de autoimagem. Ainda no tocante aos aspectos biológicos, pode haver falhas em tratamentos, bem como o excesso de uso de medicação e seus efeitos colaterais. Crenças sobre a dor, como pensamentos catastróficos e de autoeficácia, também são elementos que podem mediar o humor e o comportamento, bem como a percepção de sinais biológicos (p. ex., a dor). Outros elementos, como estresse familiar, problemas laborais e financeiros, também participam desse quadro e podem contribuir para o aumento da incapacidade física e do sofrimento emocional. Se, no caso de alguns pacientes com dor, diversas dessas repercussões estão presentes, e, no caso de outros pacientes, poucas dimensões se alteram, pode-se imaginar o diferente grau de incapacidade física e sofrimento experienciado por diferentes indivíduos com patologias semelhantes.

Os elementos ilustrados por esse modelo tornam possível compreender a interação dinâmica e multidirecional que ocorre entre diversos fatores biológicos, psicológicos e sociais. A participação desses diversos fatores pode dificultar, manter, intensificar ou exacerbar a maneira como a pessoa com dor percebe as alterações fisiológicas e como responde a essa condição.

A seguir, serão apresentadas algumas evidências da participação de fatores psicossociais em quadros de dor, incapacidade e sofrimento mental.

Fatores psicossociais

As revisões sobre o papel de fatores psicossociais na dor crônica, em especial dor cervical e lombalgias, têm descrito a função desses fatores na precipitação da dor crônica, na transição da dor aguda para a dor crônica e na incapacidade associada à dor crônica.[10,12-14] Existem evidências de que cognições, humor e interações comportamentais/ambientais estão associadas à dor crônica. Entre os fatores cognitivos, estão crenças relacionadas com a dor, como autoeficácia, catastrofização, medo-evitação e aceitação.[12,15] Os fatores afetivos/de humor incluem ansiedade, depressão e estresse.[13,14] As interações comportamentais/ambientais incluem processos de aprendizagem e reforço. Fatores ambientais, como ambiente de trabalho e litígios, também contribuem para incapacidade física e sofrimento mental.[16-18] Estudos realizados também na população brasileira confirmam essas evidências.[19-21]

Os fatores descritos podem ter importante papel na instalação, no desenvolvimento e na manutenção da dor crônica, da incapacidade física e do sofrimento mental, e serão explorados com mais detalhes a seguir. Embora não existam muitos modelos explicativos que elucidem como esses diversos elementos atuam, existem alguns estudos experimentais sobre a participação dessas variáveis.[22] Partindo desses pressupostos, algumas hipóteses e possibilidades serão apresentadas com o objetivo de elucidar como alguns desses aspectos psicossociais participam dessa complexa relação dinâmica entre dor, incapacidade e sofrimento mental.

Fatores afetivos

A contribuição de aspectos afetivos, estresse, ansiedade e depressão pode ocorrer de diferentes maneiras.

A contribuição do estresse como mediador do desenvolvimento de doenças é amplamente descrita na literatura.[23-25] O modelo descrito na Figura 4.5 possibilita compreender de modo simplificado algumas alterações psicofisiológicas presentes em quadros de estresse.

VENDEDOR APOSTILASMELISSA@HOTMAIL.COM
PRODUTOS http://lista.mercadolivre.com.br/_CustId_161477952

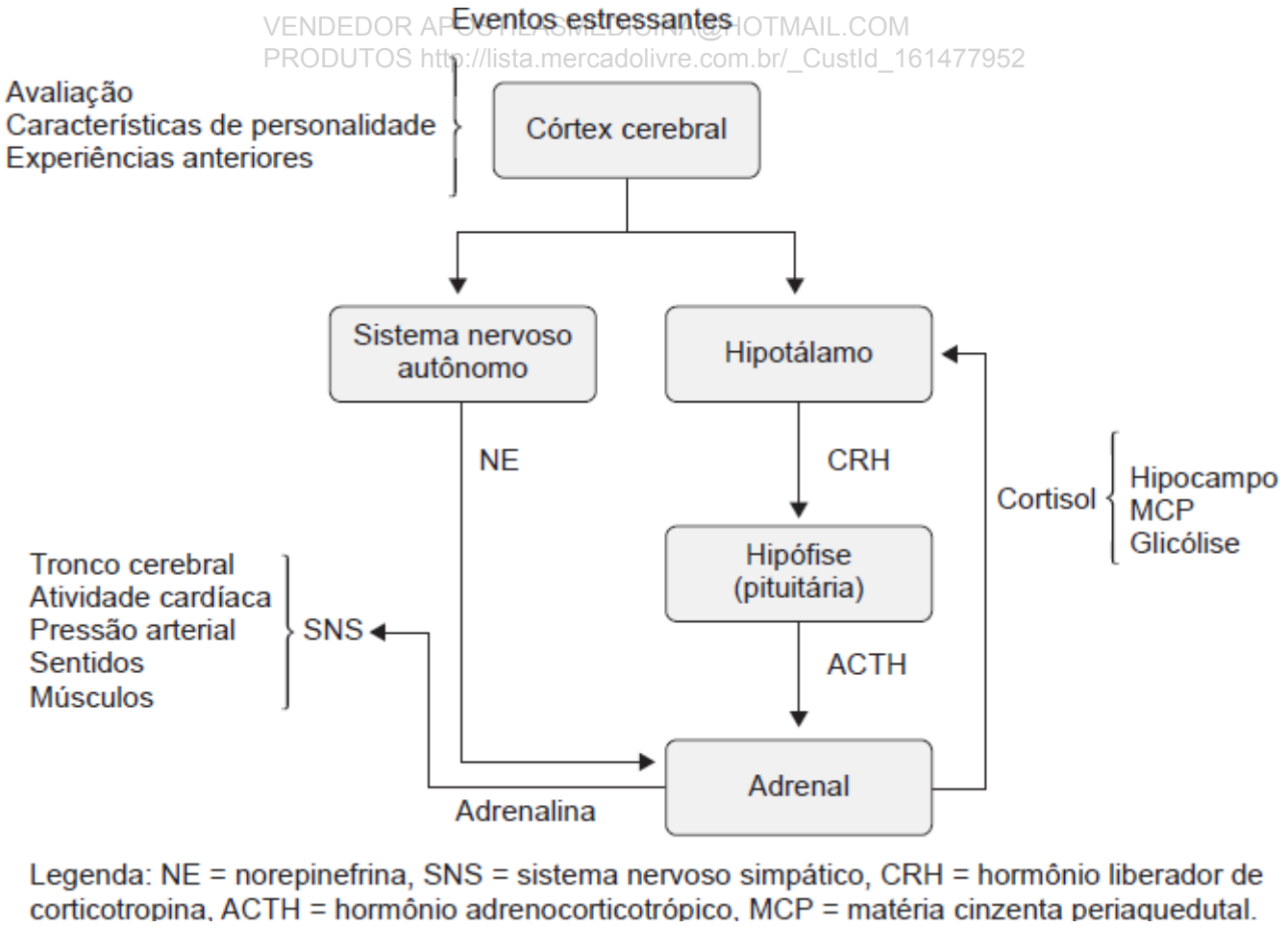


Figura 4.5 Esquema da ativação fisiológica da resposta de estresse.

Diante de algum evento percebido como estressor, o córtex parece ativar primeiramente o sistema nervoso autônomo e o hipotálamo. Essas estruturas atuam sobre a hipófise, que ativa outras estruturas ou glândulas, e estas liberam diversos hormônios, entre eles o cortisol e a epinefrina, que atuam sobre o sistema nervoso simpático, ativando o tronco cerebral e produzindo aumento do tônus muscular, da pressão arterial e do batimento cardíaco, e ativando os órgãos do sentido. A médio e longo prazo esse sistema entra em fadiga e o organismo apresenta alterações fisiológicas crônicas e imunodepressão.

A natureza aversiva dos estímulos dolorosos elicia reações emocionais que retroalimentam a percepção da dor. Essas emoções eliciam respostas autonômicas, endócrinas e imunes que podem amplificar a dor por meio de diversos mecanismos psicofisiológicos (p. ex., aumento da atividade da amígdala, do córtex cingulado anterior e da ínsula anterior).[25] A dor aguda é percebida como um evento estressante, e ocorre, desse modo, algumas alterações fisiológicas descritas acima. No caso da dor crônica, diversas hipóteses podem ser exploradas. Por exemplo, uma vez que o estresse crônico pode contribuir para a imunossupressão, quadros de dor inflamatória podem ser resultantes dessa condição, ou, ainda, diante de um quadro de dor crônica um organismo imunodeprimido responderia pior a essa condição, aumentando as chances de cronificação. Outra hipótese é considerar a dor crônica como um evento estressante em si, desencadeando assim respostas de estresse, o que contribuiria para uma cascata de processos psicofisiológicos que podem contribuir para a imunossupressão e a manutenção do quadro de dor. Em ambos os casos, a dor pode ser conceituada como um evento estressor. Sua avaliação em termos de perdas, injustiça, incompreensão ou mudanças (avaliação inicial), ou em termos de controle (avaliação secundária), determina como o indivíduo irá responder ou lidar com a dor.[26]

A natureza aversiva dos estímulos dolorosos elicia diversas reações emocionais que medeiam e retroalimentam a percepção da dor. As principais emoções ou sentimentos descritos na literatura são: medo, raiva, ansiedade e tristeza.[13]

Estados de ansiedade podem contribuir para o aumento da tensão muscular e da hipervigilância. Partindo desse pressuposto, pode-se hipotetizar que esse estado de hipervigilância aumenta a atenção a estímulos nociceptivos. É evidente que o aumento da tensão muscular poderia contribuir para quadros de dor aguda e crônica. O modelo de medo-ansiedade-evitação[27] baseia seus pressupostos centrais nessa relação, na qual sentimentos de ansiedade precedem sentimentos de medo. Ambos os sentimentos contribuiriam para o desenvolvimento da dor de natureza musculoesquelética, bem como para a evitação de quaisquer atividades que pudessem causar dor, o que contribuiria, desse modo, para a incapacidade física. A literatura atual não estabelece uma associação entre transtornos de ansiedade e dor crônica,[27,28] e, em contrapartida, propõe o conceito de ansiedade relacionada com a dor ou sensibilidade à ansiedade. Ambos seriam, de certo modo, estados emocionais decorrentes da dor, presentes em sujeitos com mais predisposição a estados ansiógenos, mas não necessariamente com transtornos de ansiedade.

Depressão é um transtorno mais frequente em pacientes com dor crônica do que na população em geral.[29,30] É amplamente descrita na literatura como um fator que pode contribuir para a exacerbação ou cronificação de dor aguda e

para a transição para dores crônicas.[13,31] Alguns estudos indicam que a gravidade da dor e o estresse emocional estão associados à presença de depressão,[32] enquanto outros reportam que depressão é um importante preditor de retorno ao trabalho.[19] É importante também lembrar que a presença de sintomas depressivos contribui para desfechos negativos em diversas doenças.[33]

O papel da depressão na dor, na incapacidade e no sofrimento psíquico, embora amplamente reconhecido na literatura, ainda carece de modelos teóricos explicativos mais consolidados.[34] Alguns estudos sugerem que a depressão e a dor apresentam fatores genéticos, padrões biológicos e neurotransmissores em comum,[35] passíveis, assim, de amplificar a relação dinâmica e interacional entre esses dois fenômenos. Clinicamente isso tem sido comprovado pelo amplo uso de antidepressivos nessa população, com relativa melhora do quadro de dor, mas nem sempre com redução dos sintomas de depressão.

Além disso, pode-se hipotetizar que a presença de depressão pode mediar ou interagir com processos cognitivos (p. ex., crenças de desesperança e pensamentos catastróficos), elementos descritos na literatura como mediadores de dor, incapacidade e sofrimento psíquico. Ou seja, a depressão poderia, deste modo, contribuir direta e indiretamente para um desfecho negativo em quadros de dor crônica. Uma outra abordagem entende que sintomas depressivos são uma consequência de quadros de dor crônica.

Fatores cognitivos

Aspectos cognitivos são amplamente descritos na literatura como mediadores de incapacidade física, intensidade da dor e depressão[10,12]. Embora estratégias passivas e reduzida aceitação da dor tenham sido descritas pela literatura como fatores associados a piores desfechos, pensamentos catastróficos e autoeficácia têm sido os fatores cognitivos mais relevantes.

Diversos estudos descrevem a contribuição de pensamentos catastróficos para o sofrimento mental (p. ex., depressão e ansiedade),[20,26,36,37] para a intensidade da dor e para a incapacidade física.[20,32,38-40] Pensamentos catastróficos podem ser definidos como crenças de que o pior desfecho ocorreria em uma dada situação.[39] As crenças de catastrofização não são comuns apenas a pacientes com dor; qualquer pessoa pode têlas. Alguns autores definem os pensamentos catastróficos como crenças, outros como *appraisal* – avaliação, estratégias de enfrentamento, atitudes, ou, ainda, como traços de personalidade.[41]

O modelo de medo-evitação (*fear-avoidance*)[42] possibilita uma compreensão dessa relação e ilustra como crenças de catastrofização podem contribuir para a percepção da experiência dolorosa. Segundo esse modelo, afetos negativos e hipervigilância ocorrem quando se percebe uma situação como potencialmente perigosa. Essa percepção poderia contribuir para a evitação da experiência dolorosa, o que contribuiria para o desenvolvimento de uma síndrome do desuso, podendo levar à incapacidade física e depressão.

Estudos atuais sobre o modelo de controle inibitório difuso de estímulos nocivos (DNIC, do inglês *diffuse noxious inhibitory controls*)[38,43] também contribuem para a compreensão do papel das crenças catastróficas no processamento de estímulos nociceptivos. Segundo esse modelo, a hipervigilância decorrente de crenças catastróficas contribuiria não só para o aumento da atenção a estímulos nociceptivos, como também para a valência atribuída a essa experiência. Ou seja, o processamento de informações sofreria alterações que mediariam a percepção da experiência dolorosa, reduzindo o DNIC, o que resultaria em uma resposta endógena reduzida à dor.

Outra hipótese sobre a contribuição de pensamentos catastróficos para a depressão pode ser fundamentada pelo fato de que pensamentos catastróficos têm uma dimensão em comum com a depressão: o fator desesperança.[39] Ou seja, essa comunalidade faz com que a presença de pensamentos catastróficos seja um importante mediador de depressão.

Outra crença importante na interação entre aspectos biopsicossociais é a de autoeficácia. Segundo Bandura,[44] "expectativas de eficácia irão determinar quanto esforço e tempo as pessoas irão persistir diante de obstáculos" (p. 141). Esse conceito vem sendo bastante aplicado na dor crônica e está associado principalmente ao aumento de incapacidade física, embora algumas evidências também apontem relação com a depressão e até com a intensidade da dor.[12,20,45]

Os pressupostos cognitivos-comportamentais de que crenças medeiam atitudes, afetos e comportamentos sustentam a compreensão da relação entre crenças de autoeficácia, incapacidade física e depressão. Pode-se hipotetizar que a redução de crenças de autoeficácia contribuiria para o não engajamento em comportamentos ou atividades na presença de dor. De certa maneira, pode-se inferir que crenças de autoeficácia mediariam estratégias de enfrentamento ativas/passivas. Na prática clínica, pode-se observar que pacientes que deixam de realizar suas atividades baseados nas crenças de que não podem realizá-las quando estão com dor, por impossibilidade ou com receio de que suas dores aumentem, acabam por abandonar diversas atividades, o que contribui para o aumento da incapacidade física (p. ex., engajamento em trabalhos domésticos ou atividades sociais). O não engajamento em atividades físicas contribuiria para a redução do condicionamento físico e, posteriormente, para a incapacidade física.

De certo modo, essa redução no engajamento em atividades poderia contribuir para uma percepção negativa de si e para o desenvolvimento de afetos negativos. Isso indiretamente poderia realimentar esse ciclo de crenças-evitação-incapacidadeafetos negativos.

Fatores ambientais

As interações comportamentais/ambientais incluem processos de aprendizagem e reforço, e também podem contribuir para a intensidade da dor, a incapacidade física e o sofrimento mental de maneiras bastante diferentes.[16-18] Em primeiro lugar, é importante salientar que crenças nucleares e valores culturais são construídos a partir de processos de aprendizagem, no âmbito familiar ou social.

Um exemplo bastante claro disso é a diversidade de crenças sobre dor em diferentes culturas, o significado atribuído a experiências dolorosas em diferentes sociedades e os reforços dados a comportamentos de dor. A experiência do parto que, em geral, ocasiona alguma dor é um excelente exemplo. Em diferentes culturas há expectativa negativa sobre esse momento, inclusive com uma tendência a evitá-lo por meio da cesariana, evitando assim a dor. Em outras culturas ou grupos, existem expectativas positivas sobre esse momento e a presença da dor é relevada em detrimento de outros aspectos. Outros reforçadores ambientais, como o modelo médico-intervencionista e questões econômicas, também medeiam o comportamento e a experiência da dor no parto.

A dinâmica familiar ou interação entre membros da família também pode ser um fator reforçador negativo ou positivo da experiência dolorosa. Alguns estudos apontam que, quando se está diante de um familiar, nosso limiar de percepção da dor e de tolerância é reduzido.[46] Além disso, é importante considerar que, frequentemente, quando um dos membros da família tem algum quadro de doença crônica, isso afeta a dinâmica familiar (p. ex., impossibilidades de realizar atividades rotineiras da casa, redução de disponibilidade para contatos sociais, redução da frequência nas relações sexuais).

Outros fatores ambientais, como presença de litígio, condições de trabalho e satisfação com o ambiente de trabalho, também são importantes mediadores de incapacidade física e sofrimento psíquico e retorno ao trabalho.[17-21,47-50] A relação entre esses aspectos é bastante dinâmica e envolve inúmeros outros aspectos.

A relação entre litígio e não retorno ao trabalho pode ser compreendida como uma relação de reforço ou extinção. Os reforços podem ser divididos em dois tipos: reforço positivo e reforço negativo. Um reforço positivo aumenta a probabilidade de um comportamento ocorrer diante de uma recompensa. Já um reforço negativo também pode aumentar a probabilidade de um comportamento ocorrer pela retirada ou inexistência de um estímulo aversivo. A presença de uma recompensa financeira pode, nesse sentido, ser indiretamente um reforçador, em um nível subliminar, para o não engajamento ou um engajamento pobre em atividades de recuperação física e profissional. A avaliação ou percepção das condições de trabalho, das políticas da empresa e da satisfação com o trabalho também irá mediar crenças e atitudes para o retorno ao trabalho. Essas crenças são centrais na redução ou no aumento da incapacidade física e sofrimento psíquico.

É importante salientar ainda que em muitas atividades laborais o ambiente de trabalho em si é adoecedor, dado o modo da organização do trabalho. Contudo, este é um assunto bastante complexo e não faz parte do escopo deste capítulo.

Outros elementos importantes na mediação da dor e em suas repercussões psicossociais têm sido investigados mais recentemente sob o escopo da psicologia positiva. Conceitos como resiliência, aceitação da dor, emoções positivas, papel das redes de apoio e espiritualidade parecem emergir como fatores de proteção à incapacidade e ao sofrimento psíquico.

Outros elementos baseados mais em uma perspectiva existencial-fenomenológica, como trajetória de vida e significados atribuídos à dor crônica, também têm recebido atenção. A compreensão do papel desses fatores parece promissora, mas merece maiores investigações.

Considerações finais

É fundamental considerar os diversos fatores psicossociais que contribuem para a dor, incapacidade física e sofrimento psíquico em pacientes que convivem com a dor crônica. A compreensão desses aspectos requer uma avaliação ampla e multidimensional. Estes são elementos importantes que devem ser levados em conta para o delineamento de intervenções efetivas no tratamento de pessoas com dor crônica. É importante compreender a pessoa com dor em suas múltiplas dimensões e avaliar a pessoa e não apenas a dor.

Referências bibliográficas

1. HARSTALL, C.; OSPINA M. How prevalent is chronic pain? Pain Clinical Updates, v. XI, n. 2, p. 1-4, 2003.
2. MERSKEY, H.; BOGDUK, N. Classification of Chronic Pain: descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. 2nd ed. Seattle: IASP, 1994.
3. ZIMMERMANN, M. The history of pain concepts and treatment before IASP. In: MERSKEY H.; LOESER H.; DUBNER R. (Eds.) The paths of pain. Seattle: IASP, 2005.
4. MELZACK, R.; WALL, P. Pain mechanisms: a new theory. Science, v. 150, n. 3.699, p. 971-8, 1965.
5. LOESER, J. D.; MELZACK, R. Pain: an overview. The Lancet, n. 353, p. 1607-1609, 1999.
6. LANGEVIN, H. M.; SHERMAN, K. J. Pathophysiological model for chronic low back pain integrating connective tissue and nervous system mechanisms. Med. Hypotheses, v. 68, n. 1, p. 74-80, 2007.
7. FLOR, H.; TURK, D. Chronic Pain: an integrated biobehavioral approach. Seattle: IASP, 2011.
8. ENGEL, G. L. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science, n. 196, p. 129-36, 1977.
9. WADDELL, G. The back pain revolution. Edinburg: Churchill Livingstone, 1998.
10. TURK, D. C.; OKIFUJI, A. Psychological factors in chronic pain: evolution and revolution. J. Consult. Clin. Psychol., v. 70, n. 3, p. 678-90, 2002.
11. NICHOLAS, M. K. et al. Manage your pain: practical and positive ways of adapting to chronic pain. Sydney: ABC Books, 2000.
12. KEEFE, F. et al. Psychological aspects of persisting pain: current state of the science. J. Pain, v. 5, n. 4, p. 195-211, 2004.
13. LINTON, S. J. A review of psychological risk factors in back and neck pain. Spine, v. 25, n. 9, p. 1148-1156, 2000.

PROIBIDA A VENDA DE LIVROS PARA @GUTIMARES.COM
PROIBIDA A VENDA DE LIVROS http://lista.mercadolivre.com.br/_CustId_161477952
14. PINCUS, T. et al. A systematic review of psychological factors as predictors of chronicity/disability in prospective cohorts of low back pain. Spine, v. 27, n. 5, p. 109-20, 2002.
15. ANDREWS, N. E.; STRONG, J.; MEREDITH, P. J. Activity pacing, avoidance, endurance, and associations with patient functioning in chronic pain: a systematic review and meta-analysis. Arch. Phys. Med. Rehabil., v. 93, n. 11, p. 2109-21, 2012.
16. ENTHOVEN, P.; SKARGREN, E, J. C.; OBERG, B. Predictive factors for 1-year and 5-year outcome for disability in a working population of patients with low back pain treated in primary care. Pain, n. 122, p. 137-144, 2006.
17. MARHOLD, C.; LINTON, S. J.; MELIN, L. Identification of obstacles for chronic pain patients to return to work: evaluation of a questionnaire. J. Occup. Rehabil., v. 12, n. 2, p. 65-75, 2002.
18. TEASELL, R. W.; BOMBARDIER, C. Employment-related factors in chronic pain and chronic pain disability. Clin. J. Pain, v. 17 (4 suppl.), p. 39-45, 2001.
19. SARDÁ, J. J. J. et al. The contribution of self-efficacy and depression to disability and work status in chronic pain patients: a comparison between Australian and Brazilian samples. Eur. J. Pain, n. 13, p. 189-95, 2009.
20. SARDÁ, J. J. J. et al. Preditores biopsicossociais de dor, incapacidade e depressão em pacientes brasileiros com dor crônica. Revista Dor, v. 13, n. 2, p. 111-18, 2012.
21. SARDÁ, J. J. J. et al. Preditores de retorno ao trabalho em uma população de trabalhadores atendidos em um programa de reabilitação profissional. ActaFisiatrica, v. 16, n. 2, p. 81-6, 2009.
22. RHUDY, J. L. et al. Pain catastrophizing is related to temporal summation of pain but not temporal summation of the nociceptive flexion reflex. Pain, n. 152, p. 794-801, 2011.
23. SARDÁ, J.J. J.; LEGAL, E. J.; JABLONSKI, S. J. Estresse: conceitos, métodos, medidas e possibilidades de intervenção. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.
24. LAZARUS, R. S. Stress and emotion: a new synthesis. New York: Springer Publishing Company, 1999.
25. GARLAND, E. L. Pain processing in the human nervous system: a selective review of nociceptive and biobehavioral pathways. Prim. Care: Clinics in Office Practice, v. 39, n. 3, p. 561-71, 2012.
26. RADAT, F.; KOLECK, M. Pain and depression: cognitive and behavioural mediators of a frequent association. Encephale, n. 37, p. 3, 2011.
27. CARLETON, R. N. et al. Pain-related anxiety and anxiety sensitivity across anxiety and depressive disorders. J. Anxiety Disord., v. 23, n. 6, p. 791-8, 2009.
28. OCAÑEZ, K. L.; MCHUGH, R. K.; OTTO, M. W. A meta-analytic review of the association between anxiety sensitivity and pain. Depress. Anxiety, v. 27, n. 8, p. 769-7, 2010.
29. MANNING, J. S.; JACKSON, W. C. Depression, pain, and comorbid medical conditions. Clin. Psychiatry, v. 74, n. 2, 2013.
30. BAIR, M. J. et al. Depression and pain comorbidity: a literature review. Arch. Intern. Med., v. 163, n. 20, p. 2433-45, 2003.
31. PINCUS, T. et al. Cognitive-behavioral therapy and psychosocial factors in low back pain. Spine, n. 27. p. 133-8, 2002.
32. NICHOLAS, M. K. et al. Depressive symptoms in patients with chronic pain. Med. J. Aust., v. 6, n. 7, p. 66-70, 2009.
33. CASTRO, M. M. C. et al. Validade da escala hospitalar de ansiedade e depressão em pacientes com dor crônica. Rev. Bras. Anestesiol., v. 56, n. 5, p. 470-7, 2006.
34. PINCUS, T.; WILLIAMS, A. Models and measurements of depression in chronic pain. J. Psychosom. Res., v. 47, n. 3, p. 211-9, 1999.
35. GAMBASSI, G. Pain and depression: the egg and the chicken story revisited. Arch. Gerontol. Geriatr., v. 49, n. 1, p. 103-12, 2009.
36. JONES, D. A. et al. The relationship between cognitive appraisal, affect and catastrophizing in patients with chronic pain. J. Pain, v. 4, n. 5, p. 267-77, 2003.
37. OCAÑEZ, K. L.; MCHUGH, R. K.; OTTO, M.W. A meta-analytic review of the association between anxiety sensitivity and pain. Depress. Anxiety, v. 27, n. 8, p. 760-7, 2010.
38. WEISSMAN-FOGEL, I.; SPRECHER, E. Effects of catastrophizing on pain perception and pain modulation. Exp. Brain. Res., v. 186, n. 1, p. 79-85, 2008.
39. SULLIVAN, M. J. L. et al. Integrating psychosocial and behavioral interventions to achieve optimal rehabilitation outcomes. J. Occup. Rehabil., v. 15, n. 4, p. 475-89, 2005.
40. MICHAEL, E. S.; BURNS, J. W. Catastrophizing and pain sensitivity among chronic pain patients: moderating effects of sensory and affect focus. Ann. Behav. Med., v. 27, n. 3, p. 185-94, 2004.
41. KEEFE, F.J. et al. Coping with rheumatoid arthritis: catastrophizing as a maladaptive strategy. Pain, n. 37, p. 51-6, 1989.
42. VLAEYEN, J. W. S. et al. The role of fear of movement/(re)injury in pain disability. J. Occup. Rehabil., n. 5, p. 235-52, 1995.
43. VILLANUEVA, L. Diffuse noxious inhibitory control (DNIC) as a tool for exploring dysfunction of endogenous pain modulatory systems. Pain, n. 143, p. 161-2, 2009.
44. BANDURA, A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioural change. Psychol. Rev., n. 84, p. 191-215, 1977.
45. NICHOLAS, M. K. The pain self-efficacy questionnaire: taking pain into account. Eur. J. Pain, v. 11, p. 153-63, 2007.
46. SULLIVAN, M. J. L.; ADAMS, H.; SULLIVAN, M. E. Communicative dimensions of pain catastrophizing: social cueing effects on pain behaviour and coping. Pain, v. 107, p. 220-6, 2004.
47. GAUTHIER, N. et al. Investigating risk factors for chronicity: the importance of distinguishing between return-to-work status and self-report measures of disability. JOEM, v. 48, n. 3, p. 312-8, 2006.
48. LINTON, S. J. Do psychological factors increase the risk for back pain in the general population in both a cross-sectional and prospective analysis? Eur. J. Pain, n. 9, p. 355-61, 2005.
49. RYDT, T. E. et al. Psychosocial predictors of physical performance in disabled individuals with chronic pain. Clin. J. Pain, n. 19, p. 18-30, 2003.
50. VOWLES, K. E.; GROSS, R. T.; SORREL, J. T. Predicting work status following interdisciplinary treatment for chronic pain. Eur. J. Pain, n. 8, p. 351-8, 2004.

VENDEDOR APOSTILASMEDICINA@HOTMAIL.COM
PRODUTOS http://lista.mercadolivre.com.br/_CustId_161477952

a Mediador é uma va riá vel ou fator que intervém diretamente em um desfecho (p. ex., pensamentos catastróficos medeiam a intensidade da dor). O conceito de mediador difere do de moderador, que implica uma participação mais direta em um desfecho, alterando-o, sem contribuir com o desfecho, mas sendo uma condição facilitadora (p. ex., ser do gênero feminino é um moderador de dor, pois está associado a maior prevalência de dor).

VENDEDOR APOSTILASMEDICINA@HOTMAIL.COM
PRODUTOS http://lista.mercadolivre.com.br/_CustId_161477952



Parte 2

A Psicologia e a Clínica de Dor

VENDEDOR APOSTILASMEDICINA@HOTMAIL.COM
PRODUTOS http://lista.mercadolivre.com.br/_CustId_161477952



5

História e Evolução das Clínicas de Dor

Raquel Alcides dos Santos

A dor é, provavelmente, a queixa mais frequente e antiga da história da medicina. Mas, apesar dessa estreita associação, a preocupação da medicina com o combate à dor é um problema muito recente e sua importância ainda é parcialmente aceita pelos médicos. Essa realidade é consequência do fato de que a dor ainda é concebida pela maioria dos profissionais de saúde como um sintoma, ou seja, um sinal clínico secundário que aponta para o diagnóstico de uma doença ou lesão subjacente. Além disso, é comum que a dor seja encarada como parte inevitável da doença ou do tratamento e que por isso não precisa ser, por si só, alvo da intervenção terapêutica. Assim, a maioria dos profissionais de saúde não sabe e não se interessa em aprender a manusear técnicas de combate à dor.[1]

Apesar de ainda negligenciada pela medicina, a dor já pode, pelo menos desde o final do século passado, ser considerada um objeto legítimo de estudo e prática médica, como atesta o surgimento de um novo discurso acerca do fenômeno doloroso na biomedicina. Tal discurso inovador associa-se ao surgimento de um grupo ativo de profissionais dedicados especificamente ao preenchimento de uma lacuna teórica e prática, relativa aos problemas complexos de dor para os quais os tratamentos convencionais falharam. Esse grupo de profissionais inaugura, assim, um novo modelo terapêutico, o da *clínica de dor*. Esse novo modelo teórico e prático propõe-se a compreender a dor, em especial a dor crônica, como um fenômeno biopsicossocial, cuja abordagem exige equipe multiprofissional e tratamento multimodal.[1]

Neste capítulo, será abordada a história da construção da modalidade terapêutica das clínicas de dor como proposta de tratamento especializado para os pacientes portadores de dores crônicas. Analisaremos o projeto inicial de uma Medicina da dor, tal como foi elaborado pioneiramente pelo médico anestesista John Bonica, o idealizador das clínicas de dor, e principal referência nesse campo até hoje.

Este texto se baseará principalmente na obra da socióloga francesa Isabelle Baszanger sobre o assunto, o livro *Inventing pain medicine: from the laboratory to the clinic.* Nessa obra, Baszanger descreveu e refletiu acerca do aparecimento da Medicina da Dor nos EUA, por meio da reconstituição dos movimentos que levaram à criação e ao reconhecimento da dor como um problema médico em si, demandando assim uma abordagem específica e a constituição de um novo campo de saber e prática na medicina.[2]

A transformação da dor em objeto específico e legítimo da prática médica, justificando tanto a existência de locais independentes de tratamento quanto profissionais especializados, se consolidou no final da Segunda Guerra Mundial, em um processo de cerca de 20 anos de duração. Esta história começou quando o anestesista John Bonica se deparou com o problema da dor persistente e intratável durante a Segunda Guerra Mundial. A guerra criou uma grande e repentina demanda para algumas especialidades médicas, entre elas, a anestesiologia. Assim que concluiu a sua formação em maio de 1944, com apenas 27 anos de idade, Bonica foi nomeado chefe do Departamento de Anestesia e do Centro Cirúrgico do Madigan Army Hospital, em Fort Lewis, Washington. Nesse hospital, Bonica era responsável, dentre outras tarefas,

pelo manejo de pacientes com dor grave consequente de feridas de guerra. Essa experiência levou-o a aprender e aperfeiçoar as técnicas anestésicas regionais. Bonica era um grande entusiasta dessas técnicas, pois acreditava que elas seriam capazes de resolver todos os quadros de dor persistente.[1,2]

Contudo, em muito pouco tempo, Bonica começou a se dar conta de que, enquanto os pacientes que sofriam de algum problema específico de dor geralmente respondiam bem a esse tipo de tratamento, outros pacientes com quadros de dor mais complexos não melhoravam com esses procedimentos. Ciente disso, ele começou a buscar elementos que pudessem indicar a alternativa para esses doentes e foi assim que passou a se interessar por um aspecto da dor que até aquele momento havia sido negligenciado pela maioria dos médicos, qual seja, o conceito de *dor clínica*, a dor que ocorre no cotidiano do paciente.[1-3]

Bonica passou, então, a observar mais de perto esses casos difíceis que atendia. Percebeu que a maioria desses pacientes apresentava muitos sintomas, tanto psíquicos como somáticos, que não estavam diretamente relacionados com o quadro álgico inicial, mas que poderiam estar relacionados com a perpetuação da dor nesses casos. Aproveitando o fato de que o hospital militar em tempo de guerra concentrava uma variedade de especialistas que propiciava a cooperação, ele começou a consultar vários colegas de diferentes especialidades a respeito dos pacientes que estava atendendo, na tentativa de agregar informações que possibilitassem chegar a um diagnóstico e uma proposta terapêutica.[1-4]

Ao fim dessa experiência inicial no Madigan Hospital, no final de 1946, Bonica tinha chegado à conclusão de que havia um tipo específico de dor complexa que a Medicina ainda não conseguia tratar adequadamente, pois as técnicas que poderiam ser utilizadas para resolver esse problema não apenas eram ensinadas de maneira insuficiente, mas também utilizadas inadequadamente. Estava convencido também de que a abordagem multidisciplinar que ele tinha começado a desenvolver para esses casos difíceis poderia ser a solução para o tratamento desses doentes.[1-4]

Após a guerra, em 1947, Bonica tornou-se chefe do Departamento de Anestesia do Hospital Geral de Tacoma, no estado de Washington, onde começou, então, a desenvolver um projeto que visava concretizar sua ideia de tratamento da dor. Assim, criou um grupo informal que passou a funcionar como um laboratório para pôr em prática a ideia de uma abordagem multidisciplinar para o tratamento da dor.[1,2]

Em 1950, Bonica começou a sistematizar os dados de sua investigação clínica e experiência acumulada e começou a escrever as 1.500 páginas do livro *The Management of Pain*, publicado em 1953. Esta obra viria a se tornar a principal referência em diagnóstico e terapêutica da dor e seria posteriormente traduzida em várias línguas, com mais três edições publicadas.[1-5]

Os objetivos principais da primeira edição desse livro eram: primeiro, evidenciar o problema da dor, tirando-a do papel secundário de sintoma e trazendo-a para o primeiro plano; em segundo lugar, identificar e caracterizar o objeto central da medicina da dor, objeto esse no qual as diferentes especialidades envolvidas podiam reconhecer-se; em terceiro lugar, indicar a maneira de tratar esse objeto comum e, por último, estabelecer os primeiros elementos de uma retórica comum para promover o projeto de legitimação dessa nova especialidade.[1,2]

O livro de Bonica não se dirigia a uma especialidade médica em particular, o que ele propunha era uma associação de esforços, de modo que a dor se tornasse uma preocupação comum às especialidades médicas e não médicas envolvidas nos cuidados à saúde. Além disso, seu projeto incluía também os pesquisadores experimentais e clínicos, convidando-os a encarar a dor sob uma nova perspectiva, como um objeto científico da medicina. Essa operação que construiu a dor como um objeto médico específico se daria por meio de uma dupla clivagem. A primeira separava a dor sintoma, sinal de uma patologia subjacente, da dor como doença, um problema em si mesmo. A segunda discriminava a dor do laboratório, que poderia ser apreendida pelo método experimental, da dor clínica, que só poderia ser entendida em função do contexto em que ela ocorreria.[1,2]

Em relação à primeira distinção, Bonica defendia a ideia de que a persistência da dor levaria à deterioração física e mental e, consequentemente, ao agravamento do quadro, portanto, a dor deveria ser tratada o mais cedo possível para evitar que ela desencadeasse outras manifestações patológicas. A principal mudança de perspectiva em relação ao tratamento clássico da dor foi a ideia de que se deveria agir na dor por si só, como se faria em qualquer outra condição patológica. Seus argumentos para defender essa perspectiva concentravam-se em grande parte em configurar a dor como problema de saúde legítimo e grave, que não deveria ser avaliado simplesmente a partir de seus efeitos locais, mas sim como um fenômeno complexo que deveria ser apreendido clinicamente como um todo, incluindo, assim, os efeitos psíquicos e físicos decorrentes de sua persistência. Em relação à segunda clivagem, entre a dor clínica e experimental, Bonica defendia que a razão da medicina não conseguir compreender a dor complexa se deve ao fato de que estudos sobre a natureza da dor, nos quais se baseiam as intervenções, são quase exclusivamente laboratoriais. As conclusões desses estudos efetuados no ambiente controlado do laboratório, quando generalizados para tentar explicar os fenômenos observados na clínica, costumam ser francamente insuficientes.[1,2]

Esse raciocínio que Bonica defendia não era difícil de aceitar, porém permanecia a questão de que o fenômeno da dor clínica parecia ser demasiadamente subjetivo para poder tornar-se um objeto de estudo científico. Então, ele precisava construir uma dor clínica cientificamente viável, que não podia ser nem meramente experimental nem meramente subjetiva, podendo assim incluir o conhecimento anatômico e fisiológico disponível. Para isso Bonica idealizou um esquema operacional de três vertentes.

A primeira vertente consistia em conceber a dor como um fenômeno dual, composto de percepção e reação, ou seja, a percepção dos estímulos nocivos daria origem à sensação de dor e a uma reação em resposta a ela. Esses dois componentes da dor são intrinsecamente relacionados com as condições clínicas que o paciente apresenta, portanto ambos

precisariam ser considerados na abordagem clínica do problema. A segunda vertente sustentava que a dor poderia ser tanto um processo fisiológico normal como patológico e o que iria fazer a passagem de uma condição para a outra seria a duração do quadro doloroso. Deste modo, a dor na sua fase inicial seria uma sensação fisiológica e poderia exercer uma função protetora para o organismo. Por outro lado, a dor na sua fase tardia e intratável passaria a ser patológica em função dos efeitos físicos e mentais nocivos que ela desencadeava, efeitos esses que não causariam prejuízos maiores caso ela cessasse em pouco tempo. Por último, a terceira vertente referia-se à necessidade de conceber um espaço conceitual para integrar as reações do paciente com dor, reconhecendo assim as especificidades da abordagem clínica da dor que marcavam a oposição entre a dor clínica e a dor experimental.[1,2]

Mas ainda existia um grande obstáculo à legitimação da dor clínica como um objeto de estudo e intervenção médica, qual seja, como avaliar a dor sentida pelo paciente quando esta variava individualmente em função de uma infinidade de fatores? A questão era saber se a avaliação subjetiva do paciente poderia ser objetivamente mensurada. A resposta de Bonica a essa questão resumiu a especificidade da abordagem clínica centrada na dor, qual seja, o médico deveria acreditar no paciente, uma vez que a dor agora seria definida a partir das reações que ela provoca no indivíduo. Contudo, essa narrativa do paciente acerca de sua dor deveria ser entendida em uma estrutura de análise clínica particular, ou seja, a narrativa do paciente viria se somar a uma série de outros dados que o médico precisava saber coletar e avaliar. Estes incluíam os dados clínicos objetivos oferecidos pelo exame clínico e de imagem, a qualidade e a duração da dor, dados obtidos por meio de uma cuidadosa história. Por sua vez, os elementos da descrição do paciente acerca da sua dor serviriam de guia para o diagnóstico. De modo geral, essa ainda é a orientação básica para a avaliação do paciente nas clínicas da dor.[1,2]

Até esse momento, acompanhamos os esforços iniciais de Bonica para fazer da dor persistente um objeto de atenção dos profissionais de saúde, por meio da sua apresentação como um objeto independente e diferente de um outro sintoma, mas que também não pertence ao campo das sensações normais, cotidianas. Esse tipo de dor, para a qual Bonica buscou chamar a atenção, merecia, em sua concepção, ser alvo da ação do médico e precisava ser avaliada no seu contexto, qual seja, a experiência do paciente.[1,2]

Outra novidade introduzida pela proposta de Bonica foi a avaliação da dor para o estabelecimento de um diagnóstico da dor em si. O que acontecia até então na medicina, era inserir a dor como um sintoma integrante de um quadro clínico de uma determinada enfermidade. Com efeito, a sistematização do diagnóstico é um elemento importante para a legitimação de uma especialidade no âmbito da medicina moderna, pois é ele que vai embasar a prática terapêutica.[1,2]

Assim, um capítulo inteiro do livro de Bonica foi dedicado ao exame do paciente. No modelo que o autor estava propondo, a avaliação do paciente era, além de uma etapa preliminar do tratamento, uma técnica central para o manejo terapêutico do paciente com dor persistente. Nesse sentido, Bonica apontou para duas importantes dimensões do trabalho médico com a dor: a existência de um tipo particular de paciente e a necessidade de se estabelecer uma relação peculiar entre médico e paciente. Esse trabalho de construção de uma relação terapêutica sólida, a ponto de facultar o estabelecimento da confiança, uma comunicação efetiva que possibilitasse a avaliação adequada da dor para efetuar um diagnóstico correto e um acordo de cooperação que possibilitasse o tratamento, demandariam tempo e investimento por parte do profissional.[1,2]

Em relação ao tratamento, baseando-se na dupla dimensão da dor, percepção e reação, os métodos utilizados poderiam direcionar-se tanto à diminuição ou eliminação completa da percepção dolorosa, quanto à modificação da reação a ela. Nesse sentido, a noção básica do tratamento da dor, postulada nessa época e que perdura até hoje, inclui o uso simultâneo de vários métodos e a importância da psicoterapia usada em vários níveis durante todo o tratamento.[1,2]

Ainda em relação ao tratamento, é dentro desse contexto que Bonica utiliza pela primeira vez a expressão *clínicas de dor*, referindo-se ao fato de que seria importante que todos os médicos, independentemente de suas especialidades, manifestassem interesse em aprender a diagnosticar e tratar a dor, somando seus conhecimentos. Essa foi a primeira referência à ideia da multidisciplinaridade e a uma clínica especializada em dor. Já na segunda edição de *The Management of Pain*, de 1990, dois capítulos foram dedicados à descrição do "centro multidisciplinar para avaliação e tratamento da dor complexa" que seria a referência oficial do mundo da dor.[1,2,5]

Durante muitos anos, o trabalho de Bonica teve poucos resultados concretos. Na primeira metade do século 20, algumas clínicas para o tratamento da dor, orientadas por anestesiologistas, haviam se iniciado, mas essas clínicas se baseavam exclusivamente em procedimentos de bloqueios analgésicos. De modo geral, esses médicos não demonstraram interesse em aderir à ideia do tratamento multidisciplinar. Em 1960, Bonica foi nomeado chefe do recém-criado Departamento de Anestesia da Universidade de Washington em Seattle e criou um ambulatório multidisciplinar de dor. Esse trabalho obteve sucesso e reconhecimento, mas apenas em nível local, atraindo profissionais de alto nível interessados em problemas relacionados com a dor. Contudo, na segunda metade do século 20, essa realidade começou a se modificar.[1,2]

Teoria da comporta de controle da dor

Em 1965, o psicólogo canadense Ronald Melzack, integrante da equipe de Livingston, e o neurologista britânico Patrick Wall, baseando-se nas ideias do cirurgião holandês Willem Noordenbos, publicaram seu clássico artigo sobre a *teoria da comporta de controle da dor* (*gate control theory of pain*) no qual propunham um mecanismo em nível medular que regulava a transmissão de sensações dolorosas entre a periferia e o cérebro. O ponto de partida da teoria era o

princípio da interação sensorial entre as mensagens transmitidas pelas fibras nociceptivas e as fibras de grande diâmetro que transmitem sensações, como o tato. Essas fibras vindas da periferia do sistema nervoso passariam pelo corno dorsal da medula espinal, onde existem células de transmissão (T) que recebem informações provenientes dessas fibras nervosas e as transmitem ao cérebro. A substância gelatinosa, que é a segunda camada do corno dorsal da medula espinal, contém neurônios, cuja função é controlar essa transmissão (interneurônios localizados imediatamente antes da primeira sinapse) de informação entre as fibras nervosas e medula espinal. O papel desses interneurônios é minimizar a quantidade de neurotransmissores que as mensagens nociceptivas liberam nessa sinapse, obstruindo assim a comunicação, desse modo eles agem como telas, filtros ou portões modulando a transmissão de informações das fibras nervosas para a medula espinal. O comportamento desses interneurônios varia em função do tipo de fibra envolvida. Quando ocorre um estímulo doloroso, ele é transmitido pelas fibras nociceptivas A-delta de pequeno diâmetro e pelas fibras C de médio diâmetro. Elas provocam a inibição dos interneurônios, fazendo com que a mensagem de dor seja transmitida corretamente. No caso de surgir uma estimulação tátil concomitante, que é transmitida através das fibras A-alfa, fibras beta mielinizadas e de grande diâmetro, ocorrem a ativação dos interneurônios e o acionamento dos mecanismos inibitórios, provocando interferência na mensagem de dor. Esse mecanismo, que possibilita a modulação dos impulsos antes da dor ser sentida, explica a relação variável entre a lesão e a dor.[1,2]

Em 1982, Melzack e Wall ampliaram a sua teoria para levar em conta os novos dados, incluindo também mecanismos de inibição e estimulação entre a substância gelatinosa e as células de transmissão, além de um controle inibitório descendente decorrente dos sistemas do tronco cerebral que mandam de volta projeções inibitórias. Essas mensagens, que se originam no cérebro, podem agir também nesses portões e influenciar a transferência de informação. Essa é a base para entender como certas variáveis psicológicas, como a atenção e as experiências anteriores, modulam a dor. Em termos de possibilidades terapêuticas, o fato de existir um portão regulável sugere que seja possível tentar fechar o portão por meio de várias manipulações. De acordo com Meldrum,[4] a especificidade neurofisiológica desse modelo é menos importante do que a sua importância estratégica, ou seja, o fato de sugerir que as dores não relacionadas ou desproporcionadas a estímulos externos podiam agora ser explicadas por meio de mecanismos neurológicos. A teoria da comporta despertou imediatamente um intenso interesse no meio científico. O artigo Pain mechanisms: a new theory, publicado na *Science*, no qual os autores expõem a teoria pela primeira vez, era o oitavo na lista dos 11 artigos de neurociência mais frequentemente citados durante os anos 1960.[1,2,4]

O trabalho de Melzack e Wall foi o instrumento que possibilitou a Bonica não só legitimar o seu projeto no cenário médico, mas também levá-lo para além das fronteiras da Medicina, pois o que ele pretendia, além de uma simples mudança técnica ou quantitativa a respeito da dor, era introduzir uma mudança qualitativa, ou seja, uma nova maneira de encarar a questão que ultrapassava as barreiras disciplinares para constituir um novo problema, investindo especialmente em três frentes: em direção à pesquisa, em direção à medicina e em direção à psicologia.[1,2]

Em relação à pesquisa, a teoria da comporta renovou o interesse pela investigação da dor e abriu caminho para a realização de estudos clínicos, possibilitando a abertura de novos horizontes terapêuticos, tornando, assim, o campo mais atraente e angariando a adesão de novos clínicos e pesquisadores. Em relação à medicina em geral, a teoria da comporta lançou as bases para uma nova abordagem terapêutica baseada no conceito de "controle sensorial" da dor, despertando o interesse dos médicos que já usavam algumas dessas técnicas nos seus respectivos campos. Por fim, em relação à psicologia, o fato de a teoria da comporta ressaltar o papel das atividades cognitivas na dor e legitimar isto por meio de uma teoria científica maior valorizou a ideia da possibilidade de controle psicológico da dor. Isso tornou possível reunir dois mundos, até então muito apartados, em um projeto comum, quais sejam, a medicina e a psicologia.[1,2]

Depois do grande interesse causado pela teoria da comporta, Bonica, que há quase 20 anos vinha tentando desenvolver o seu projeto de estabelecer um novo modelo de pesquisa e tratamento da dor, ganhou uma nova motivação. A clínica de dor que ele estava estruturando desde 1953 ganhou um grande impulso após a divulgação da teoria da comporta. Ele conseguiu, em 1967, apoio do National Institute of General Medical Sciences para montar um centro de pesquisa em anestesia na Universidade de Washington. Parte da atividade desse centro voltava-se para a dor, particularmente para a dor crônica. A clínica de Bonica foi o primeiro nicho institucional do mundo da dor, reunindo em um só lugar pesquisa, atividade clínica e ensino, tornando-se uma base para a disseminação mais ampla de suas metas e princípios de operação. Essencialmente, é esse modelo que ainda funciona até hoje.[1,2]

A International Association for the Study of Pain (IASP) foi lançada oficialmente em 9 de maio de 1974 e o periódico oficial da IASP, o *Pain*, foi publicado pela primeira vez em 1975, tendo Patrick Wall como editor. O número de membros subiu de 350, em 1974, para 1.575 membros, em 1975, contando com representantes de 55 países e 80 domínios de investigação clínica ou disciplinas. O Primeiro Congresso Mundial de Dor aconteceu em Florença, Itália. Ainda na primeira década de existência da IASP, foram criados 11 capítulos (filiais) nacionais e regionais.[1,2]

O desenvolvimento da medicina da dor foi acelerado nas décadas de 1970 e 1980. Em função das pesquisas clínicas estimuladas pelo desenvolvimento da medicina da dor, novas perspectivas para o alívio da dor foram surgindo e técnicas já consagradas ganharam reconhecimento e se desenvolveram. É o caso da estimulação nervosa transcutânea e o uso da acupuntura para alívio da dor, com a evidência de que sua analgesia estaria ligada à liberação de peptídios opioides endógenos, além de funcionarem como métodos de contraestimulação, de acordo com a teoria da comporta.[1,2,6]

Segundo pesquisa de Le Roy, na década de 1970 havia 18 centros de dor em operação nos EUA. Na década de 1980 houve grande expansão, aumentando de 273, em 2004, para 1.500 centros, em 1987.[7] Esse desenvolvimento teoricamente

seguia as orientações apresentadas no simpósio de Seattle, as quais se baseavam nas propostas de Bonica e nas novas possibilidades abertas pela teoria da comporta.

PROIBIDA REPRODUÇÃO COMERCIAL
PRODUTO http://lista.mercadolivre.com.br/_CustId_161477952

Em 1986, a subcomissão de taxonomia da IASP lançou um suplemento da revista *Pain* de 226 páginas chamado Classificação da dor crônica: descrição das síndromes de dor crônica e definição de termos de dor. A definição adotada nessa publicação foi a adaptação de uma definição do psiquiatra canadense Harold Merskey, que fazia parte da comissão de taxonomia. Após as modificações, a definição de dor ficou assim: "Dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a dano de tecido atual ou potencial, ou descrita em termos de tal dano". Essa definição apresentava a dor mais como uma experiência do que uma sensação, colocando assim o indivíduo em primeiro plano, o que legitimava um lugar para as abordagens psicocomportamentais ao lado da abordagem fisiológica.[1,2]

Em 1987, a Organização Mundial da Saúde (OMS) fez o reconhecimento público da IASP como uma organização não governamental. Uma das principais realizações dessa parceria com a OMS foi o desenvolvimento da *Escada analgésica da OMS para o tratamento da dor do câncer*. Após mais de duas décadas de sua elaboração, alguns ajustes foram realizados e novos conceitos, medicamentos e tecnologias foram incorporados, mas a estrutura elementar e a lógica desse instrumento ainda permanecem a mesma.[1,2,8]

Clínicas de dor

Em relação à sistematização das regras de organização das clínicas de dor, na década de 1990, a IASP nomeou uma comissão composta por 21 membros de diversos países, com a finalidade de estabelecer normas, diretrizes e características desejáveis para as diversas modalidades de clínicas de dor, bem como criar uma nomenclatura para a sua classificação. Esse instrumento oficial da IASP, denominado *Desirable characteristics for pain treatment facilities,* vigora até hoje. Ele classificou as clínicas de dor em quatro grupos distintos:

- *Centro multidisciplinar de dor:* refere-se a uma organização complexa, dedicada ao diagnóstico e ao tratamento da dor aguda e crônica em pacientes ambulatoriais e internados, assim como à pesquisa e ao ensino sobre a dor. Idealmente, esse tipo de estrutura deve fazer parte de uma instituição médica de ensino ou de um hospital de ensino. Seus programas de atividades devem ser supervisionados por um diretor clínico apropriadamente treinado e uma grande variedade de profissionais da área da saúde deve fazer parte desse tipo de centro. A equipe deve contar com médicos, psicólogos, enfermeiras, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais e outros profissionais, e pelo menos três especialidades médicas devem fazer parte da equipe[1,2,9]
- *Clínica multidisciplinar de dor*: inclui todas as qualidades dos centros multidisciplinares de dor, só diferindo pelo fato de esta última não incluir a pesquisa e as atividades de ensino em seus programas regulares[1,2,9]
- *Clínica de dor:* a rigor refere-se à entidade dedicada ao diagnóstico e ao tratamento de pacientes com dor crônica. A clínica pode especializar-se em diagnósticos específicos ou em tratamento de dores relacionadas com uma região específica do corpo (p. ex., clínicas de cefaleias e clínicas de lombalgias)[1,2,9]
- *Clínica orientada para modalidade única de tratamento da dor:* trata-se de uma entidade que oferece apenas um tipo específico de tratamento, não dispondo de tipos de avaliação clínica pormenorizada nem de tipo abrangentes de tratamento (p. ex., clínicas de bloqueios nervosos, de estimulação elétrica transcutânea, de acupuntura, de *biofeedback*).[1,2,9]

O centro multidisciplinar de dor não é muito comum, mesmo nos países desenvolvidos. Ainda em relação ao perfil, o estudo de Csordas e Clark[7] é um dos mais abrangentes em relação à análise do perfil das clínicas de dor. Essa pesquisa, que envolveu 25 centros de dor em áreas urbanas dos EUA – país onde há a maior concentração de clínicas de dor – concluiu que, apesar da tentativa de padronização, há grande variabilidade na organização e oferta de terapêuticas dessa especialidade. Esses serviços, que incluem em sua composição uma ampla gama de profissionais e práticas, contam com terapêuticas convencionais e não convencionais. A maioria tem como orientação predominante a psiquiatria e outras especialidades médicas, especialmente a anestesiologia, fisiatria, neurologia e ortopedia, seguidas de outras especialidades da área de saúde, como a odontologia, terapias corporais ativas, quiropraxia, terapias alimentares e fitoterapia.[1,2,7,9]

A diversidade dos critérios e a variabilidade das práticas demonstram a complexidade do objeto de estudo e intervenção do campo da dor crônica. A multiplicidade de elementos envolvidos no fenômeno doloroso, característica considerada por alguns como um obstáculo para a consolidação de conhecimentos nessa área, pode também ser encarada como um elemento que propicia o exercício de estratégias terapêuticas que normalmente não encontram espaço em outras especialidades na área da saúde em função da hegemonia do tratamento biomédico.[1]

Atualmente, o diagnóstico e tratamento das clínicas de dor obedecem a alguns princípios gerais segundo o modelo defendido e divulgado pela IASP. Em primeiro lugar, é necessário o estabelecimento de um diagnóstico da dor que deve se basear nos dados coletados por meio de uma anamnese detalhada, bem como no exame físico e psicológico do paciente. Essa avaliação inicial deve abranger os aspectos físico, psicológico e social, buscando a compreensão da etiologia da dor, sua progressão, os fatores responsáveis pela sua manutenção e recrudescimento, assim como os sintomas associados a ela. A anamnese do paciente deve explorar, em primeiro lugar, as características da dor por meio de elementos como história patológica (quando a dor começou e como evoluiu), localização, intensidade, aspectos qualitativos da dor, frequência e duração, fatores de melhora e piora. Em relação aos fatores psicossociais, devem-se explorar os aspectos cognitivos comportamentais e emocionais associados à dor, como sintomas de ansiedade e depressão, sentimentos de raiva e hostilidade associados à dor, crenças e atitudes acerca da dor e do seu tratamento, estratégias de enfrentamento da dor, relacionamentos familiares e sociais antes e depois da dor. Devem-se explorar também os sintomas associados pela

avaliação dos prejuízos ocasionados pela dor ao longo do tempo. De modo geral, deve-se tentar entender de que maneira a dor mudou a vida do indivíduo e como está a sua qualidade de vida atual, explorando aspectos como sono, apetite, humor, relacionamentos interpessoais, funcionalidade, atenção e concentração, atividades de lazer, trabalho etc.[1,2,9]

A partir desse diagnóstico multifatorial é que serão selecionadas as estratégias terapêuticas a serem utilizadas naquele caso em particular. O tratamento da dor crônica deve ser realizado pela combinação de intervenções farmacológicas e não farmacológicas que devem ser administradas por uma equipe interdisciplinar.[1]

O protocolo padrão para a intervenção farmacológica segue os princípios gerais da escada analgésica da OMS. Apesar da escada analgésica ter sido proposta inicialmente para o tratamento da dor oncológica, seus princípios também se aplicam ao tratamento da dor não oncológica. A intensidade da dor e a potência do fármaco devem ser as principais considerações na seleção dos analgésicos. A seleção dos fármacos deve ser realizada considerando-se três degraus da escada relacionados com a intensidade da dor, mensurada com a escala visual numérica ou escala visual analógica. O tratamento deve incluir o uso de analgésicos e de fármacos adjuvantes, de diferentes grupos farmacológicos em cada degrau da escada. As medicações adjuvantes vão variar de acordo com o tipo de dor e podem incluir, por exemplo, antidepressivos e anticonvulsivantes no caso de dor neuropática, corticosteroides no caso de dores devido a edema, tumor ou inflamação, antiespasmódicos em caso de dor em espasmos ou cólicas.[1,2,9]

Além disso, é preconizada a utilização de outros tratamentos, como técnicas anestésicas, neurocirúrgicas, psiquiátricas e psicológicas, bem como outros recursos como neuroestimulação, tratamentos não farmacológicos (massagem, calor, frio etc.) e o tratamento primário da causa da dor, tanto do câncer quanto dos processos infecciosos, do diabetes etc. Da mesma maneira, os analgésicos devem ser administrados preferencialmente por via oral, em horários padronizados, em doses e prescrições individualizadas e associados aos adjuvantes, quando indicados. O objetivo do tratamento farmacológico é a prevenção da dor, que é proporcionada pela administração dos fármacos em horários fixados e baseados na meia-vida plasmática destes, pois isso evita que o paciente sinta dor antes do horário da próxima dose da medicação.[1,2,9]

As intervenções não farmacológicas incluem as medidas físicas e de reabilitação, os procedimentos anestésicos, os procedimentos neurocirúrgicos, medidas educativas e psicoterápicas e as terapias complementares.[1,2,9]

Concluindo, o presente capítulo teve por objetivo reconstituir a história da criação e consolidação de um corpo teórico e um modelo terapêutico que deram origem a um grupo profissional que se propõe a diagnosticar e tratar esse fenômeno clínico tão amplo e complexo que é a dor. Essa genealogia foi a metodologia escolhida para apresentar e analisar a singularidade das estratégias terapêuticas introduzidas pelo modelo terapêutico das clínicas de dor. As clínicas de dor, desde a sua gênese, propõem-se a reconhecer a legitimidade de uma queixa que não pode ser correlacionada com precisão a um achado orgânico. Isso significou historicamente o reconhecimento da dor, por si só, como um objeto de atenção da medicina. A singularidade dessa nova medicina da dor baseia-se essencialmente no *reconhecimento da dor como um objeto de atenção médica por si só e como uma experiência*, cujos diversos aspectos envolvidos só podem ser eficazmente avaliados e tratados a partir da *interação efetiva de uma equipe interdisciplinar*, o que implica, desde o primeiro momento, uma ação integrada e o embate entre pontos de vista, ou seja, um exame detalhado, por vários olhares distintos, do arranjo particular de elementos que configuravam a singularidade e especificidade de cada caso. Tal necessidade, defendida desde o nascimento desse modelo, talvez seja o que há de mais criativo na proposta das clínicas de dor.[1]

Referências bibliográficas

1. SANTOS, R. A. Estratégias terapêuticas no tratamento da dor crônica: uma genealogia da clínica da dor. 2009. 159 f. Dissertação (mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.
2. BASZANGER, I. Inventing pain medicine: from the laboratory to the clinic. New Brunswick, NJ: Rutgers Univ., 1998.
3. BENEDETTI, C.; CHAPMAN, C. R. John J. Bonica: uma biografia. Minerva Anestesiol., v. 71, n. 7/8, p. 391-396, 2005.
4. MELDRUM, M. L. A capsule history of pain management. Jama, v. 290, n. 18, p. 2470-2475, 2003.
5. BONICA, J. J. The management of pain. 2. ed. Philadelphia: Lea & Febiger, 1990.
6. CASTRO, A. B. Clínica de dor: origens, desenvolvimento e bases científicas. Curitiba: maio, 2003.
7. CSORDAS, T. J.; CLARK, J. A. Ends of the line: diversity among chronic pain centers. Social Science & Medicine, v. 34, n. 4, p. 383-393, 1992.
8. BONICA, J. J. et al. Cancer pain. In: BONICA, J. J. (Ed.). The management of cancer pain. 2. ed. Philadelphia: Lea & Febiger, 1990. p. 400-460.
9. CASTRO, A. B. Organização do serviço de dor crônica. In: ALVES NETO, O. (Org.). Dor: princípios e prática. Porto Alegre: Artmed, 2009. p. 121-132.

VENDEDOR APOSTILASMEDICINA@HOTMAIL.COM
PRODUTOS http://lista.mercadolivre.com.br/_CustId_161477952

6

A Comunicação Médico-Paciente da Dor Total no Câncer

Ana Valéria Paranhos Miceli

Quando os pacientes sofrem de uma doença grave, crônica e muitas vezes incapacitante como o câncer, não é somente seu corpo que adoece, mas o indivíduo por inteiro, tendo de se adaptar às novas informações (físicas, psicológicas e sociais) suscitadas pelo adoecimento e pelos tratamentos. A dor é uma das queixas mais frequentes, trazendo desconforto físico, emocional, espiritual e funcional, dificultando a realização das atividades diárias, provocando mudanças ou distúrbios nos hábitos de sono e de alimentação, prejudicando as funções cognitivas, as relações afetivas, sexuais e familiares, as atividades laborativas, sociais e de lazer, diminuindo a qualidade de vida.

O paciente e o médico precisam se comunicar para que a dor seja conhecida, compreendida e tratada multidimensionalmente. Todavia, esta não é tarefa fácil, já que a dor é subjetiva e só mais recentemente começou a ser mais bem estudada e manejada.

Compreensão histórica da dor

Segundo Miceli,[1] até o século 19, por influência da Igreja, a dor era tida como um martírio necessário à expiação dos pecados e utilizada como meio de coerção política, social e religiosa, ameaçando e punindo os indivíduos e a coletividade. No início do século 19, a morfina foi isolada e os opioides foram desenvolvidos. Em 1850, a partir da identificação dos receptores neurológicos e da transmissão dos impulsos nervosos, a dor física foi estudada, sendo separada do sofrimento social. A anestesia cirúrgica foi introduzida já em meados do século e, posteriormente, a anestesia local. Na virada dos séculos 19-20, a dor pôde ser evitada também pelo povo, que teve acesso ao ácido acetilsalicílico, e ela passou a ser cientificamente considerada um fenômeno biológico, explicado fisiologicamente. Todavia, a dor que não tinha um substrato físico-orgânico claramente identificável continuava sem explicação.

No início do século 20, Sigmund Freud,[2] um renomado neurologista austríaco e pai da psicanálise, não acreditava na simplicidade cartesiana de causa-efeito, mas sim que várias causas concorreriam para a formação de um sintoma, por exemplo, a dor. Freud[2] estudou a dor crônica psicodinamicamente, considerando que fatores subjetivos e individuais levariam o sujeito a ter uma predisposição à dor e a utilizar mecanismos para a manutenção e perpetuação dessa dor.

De acordo com Miceli,[3] além das contribuições da psicanálise, surgiram outras disciplinas, como a psiconeuroimunologia e a medicina psicossomática, trazendo o conceito de estresse, a evidência da interação entre os sistemas nervoso e imunológico, bem como a ideia de que toda doença afetaria o corpo físico e o psiquismo. Estudos observaram que o estímulo sensorial frequentemente não se correlacionava com a dor, revelando, assim, o seu caráter subjetivo. A partir de então, a dor passou a ser vista como um fenômeno não somente biológico como também

psicológico. Nos anos 1970 e 1980, novas disciplinas como a psiconeuroendocrinologia e a psiconeuroimunoendocrinologia revelaram a inter-relação entre os vários sistemas componentes do ser humano.

Como nos mostra Saunders,[4] os anos 1950 foram particularmente importantes para o estudo da dor devido às influências simultâneas advindas dos avanços da farmacologia, dos estudos, registros e pesquisas clínicas em dor, do trabalho desenvolvido pelo Tavistock Centre for Human Relations na compreensão da dinâmica familiar e do luto, das reflexões sobre teologia e morte, do desenvolvimento de radioterapia e oncologia paliativas, do surgimento das clínicas de dor e dos serviços de *home care* que, aliados à experiência de *hospice*, foram marcos também na história dos cuidados paliativos.

Em 1973, foi fundada a International Association for the Study of Pain (IASP),[5] que postulou que "dor é uma desagradável experiência sensorial e emocional que se relaciona a uma lesão atual ou potencial dos tecidos, ou descrita em termos deste dano". Segundo Fortes,[6] a partir da teoria da comporta de controle da dor, foram bem caracterizadas as conexões do sistema nociceptivo com os sistemas cerebrais relacionados com os aspectos emocionais e cognitivos. Cailliet[7] define dor como uma complexa síntese que engloba fatores neuro-hormono-químicos, juntamente com os biológicos, psicológicos e comportamentais. Segundo Ingham e Portenoy,[8] a dor é uma experiência multidimensional, com características específicas e impacto nas diferentes esferas da vida do indivíduo.

Nos anos 1970 e, sobretudo nos 1980, houve muita ênfase na importância dos contextos social, político e cultural como coadjuvantes na etiologia dos sintomas e das enfermidades. Herzlich[9] nos lembra que, nos anos 1980, paralelamente às reivindicações para se dar voz aos pacientes, começou-se a dar mais atenção às doenças crônicas e degenerativas, que requeriam um modelo (biopsicossocial) de cuidado diferente daquele centrado nas doenças agudas, devendo incluir a perspectiva do paciente.

Assim, a dor passa a ser compreendida como um fenômeno biológico e psicológico, coproduzido e mantido pelos contextos nos quais o indivíduo está inserido, e também um fenômeno capaz de criar repercussões biopsicossociais. A dor se torna objeto de crescente interesse e de investimento científico por parte de diversos pesquisadores, propiciando consequentemente melhor qualidade de atendimento aos pacientes, dentre eles aqueles com dor crônica associada à doença oncológica. Embora bastante prevalente, sobretudo nos casos avançados da doença, a dor dos doentes com câncer pode ser tratada e bem controlada.

Dor em câncer | Dor total

De acordo com Clark,[10,11] o termo *dor total* foi utilizado pela primeira vez em 1964 por Cicely Saunders. Com sua múltipla formação como enfermeira, assistente social e médica, e sua experiência do final dos anos 1940 até os anos 1960 no St. Luke's Home for the Dying Poor e no St. Joseph's Hospice, ambos em Londres, Saunders ouvia os pacientes em seus contextos cultural e relacional, observava a maneira como se expressavam, registrava e monitorava os resultados de desenvolvimento da dor e o controle dos sintomas na tentativa de não somente entender o mundo da dor, mas também de mudá-lo. Com tantas novas ferramentas para o alívio do sofrimento do paciente oncológico, Saunders preconizou que toda dor constante deveria ter um controle também constante, o que implicava a antecipação de analgesia forte e regular, no caso da dor crônica grave em pacientes com doença terminal, para evitar a ocorrência da dor, sendo a morfina o medicamento mais adequado nesses casos. Dentre os resultados, descobriu-se que o alívio adequado da dor física do paciente favorecia a comunicação entre este e a equipe, e que este canal contínuo de comunicação possibilitava a percepção de outros tipos de sofrimento. Isto significava que o sofrimento do paciente terminal não era somente físico, mas uma combinação de elementos físicos, psicológicos, sociais e espirituais, combinação esta que Cicely Saunders[4,12] chamou *dor total*. Em 1967, Saunders[4,12] afirmou que a dor terminal era uma síndrome, uma doença em si mesma e a escolha da palavra dor no termo *dor total* objetivava estimular o olhar para as várias facetas do sofrimento do paciente no fim da vida e para as múltiplas necessidades que ele demandava, assim como a sua família, e que paciente e família, juntos, deveriam ser considerados como uma *unidade de cuidado* (*unit of care)*, devendo ser a qualidade de vida até a morte o principal objetivo da equipe que dele cuida. Na atualidade, o conceito de dor total é atribuído a todos os pacientes com câncer e dor crônica, não necessariamente em fase terminal.

O conceito de dor total foi revolucionário nos anos 1960, com grande impacto na educação e na prática do que viria a ser a medicina paliativa e tornando-se um elemento central no campo dos cuidados paliativos, que envolvem o cuidado total do corpo, da mente e do espírito.[10,13] Cicely Saunders foi uma das fundadoras, em 1967, em Londres, do St. Christopher's Hospice, o primeiro *hospice* moderno, berço do "movimento *hospice*" iniciado na Inglaterra e posteriormente expandido para o mundo.[11,12]

Aspectos da dor total

Dor física

A dor física nos pacientes oncológicos pode ser aguda ou crônica e ser causada pelo câncer, por procedimentos diagnósticos e terapêuticos, por sequelas da doença ou dos tratamentos, ou, ainda, por outro transtorno que pode, ou não, estar relacionado com o câncer.

Para Strang,[14] o câncer por si só implica várias perdas: de saúde, de amigos, de energia, e a experiência de dor agrava essas perdas, pois há, entre outros problemas, redução das atividades diárias, de movimentos e de locomoção e prejuízo do sono: 58% dos pacientes oncológicos com dor acordam no meio da noite por causa da dor e expressam mais ansiedade e sentimentos depressivos do que aqueles que dormem a noite toda. Segundo Vachon,[15] muitos pacientes terminais que reportam dor muito grave apresentam problemas relacionados com o funcionamento físico (como fadiga, locomoção, sono, apetite, visão, audição, fala) e relacionados com a integridade física (como náuseas, dificuldade respiratória, constipação intestinal, aparência física) que podem ser confundidos com os sintomas físicos na depressão.

Segundo Sela et al.,[16] o *status* emocional de pacientes com câncer e dor pode simultaneamente representar "a consequência de" e a "contribuição para" a presença de dor físico-sensorial. Há uma correlação entre a sensação/intensidade da dor e as respostas afetivas de frustração, raiva, exaustão, desamparo e desesperança.

Nasio[17] diz que uma dor corporal tem sempre um fator psíquico interveniente, e, do ponto de vista psicanalítico, não há diferença entre dor física e psíquica, pois ela é um fenômeno misto que surge no limite entre corpo e mente.

Dor emocional

De acordo com Vachon,[15] problemas emocionais (humor deprimido e/ou ansioso, pensamentos de morte, frustração) e psicossociais (prejuízo das atividades conjugais e sociais, problemas relacionados com as funções econômicas, ocupacionais e cognitivas e relacionados com a adaptação à doença/recaída/piora) são comuns no paciente oncológico, sobretudo na fase final da doença, devendo haver distinção entre os sintomas normais do ajustamento à doença e os sintomas de uma desordem de depressão maior (humor deprimido, anedonia, ansiedade, irritabilidade, desesperança, dificuldade de concentração, culpa, ideação suicida) ou de transtorno de ansiedade psiquiátrica (fobias, pânico) ou orgânica (devida a distúrbios metabólicos), podendo ocorrer depressão e ansiedade juntas ou separadamente. Contudo, como afirmam Ingham e Portenoy,[8] a dor pode induzir à depressão, exacerbar a ansiedade, interferir na vida social e familiar, no desempenho físico e afastar do trabalho.

Segundo Miceli,[1] muitos pacientes com câncer apresentam sintomas depressivos relacionados com a perda da individualidade, da autonomia, da privacidade, da autoimagem corporal e, infelizmente, muitas vezes de respeito por parte de outros e até de si mesmo. A identidade pessoal do paciente com câncer é afetada, pois ao ser inserido no sistema hospitalar ele não tem mais reconhecidas as suas características particulares que o diferenciavam das outras pessoas, sendo reconhecido não mais como ser único e sim como mais um doente que será agrupado, com outros tantos, em grupos de doenças, de estadiamentos de doença, de possibilidades e de impossibilidades. Para Miceli,[1] o paciente com câncer tem saudade de si, de como era antes de adoecer e da vida que levava e sonhava vir a ter.

De acordo com Nasio,[17] a dor psíquica é como um dilaceramento da alma provocado pela perda. É aquela de luto pela morte, ou a de abandono, de humilhação ou de mutilação, sendo todas elas dores de amputação brutal de um objeto amado que regulava a harmonia do psiquismo.

Há, ainda, o fenômeno do luto antecipado, que é um luto verdadeiro experimentado como uma preparação para a perda efetiva. A experiência de antecipação da perda envolve respostas emocionais que incluem ansiedade da separação, solidão existencial, tristeza, desapontamento, ressentimento, raiva, culpa, exaustão, desespero, percepção da preciosidade da vida, apreciação de eventos rotineiros e esperança, como aponta Rolland.[18] Embora muito frequentemente associada somente à família, tanto esta como o paciente pode viver a experiência de antecipação da perda.

Dor social

Para Freud,[19] o sofrimento do homem provém de três fontes: do poder superior da natureza, da fragilidade do corpo e da inadequação das regras que procuram ajustar os relacionamentos mútuos na família, no Estado e na sociedade, sendo esta última a fonte social de sofrimento. Poderíamos dizer que uma das fontes sociais de sofrimento é o estigma. Segundo Goffman,[20] o estigma é um atributo profundamente depreciativo, um tipo especial de relação entre atributo e estereótipo. O indivíduo estigmatizado não está habilitado para a plena aceitação social porque ele tem um atributo que não somente chama a atenção como afasta as pessoas dele, destruindo a possibilidade de que outras características suas sejam percebidas.

Em nossa sociedade contemporânea, o câncer ainda é uma doença estigmatizada, o que torna seus portadores igualmente estigmatizados, afetando sua identidade social de diversas maneiras, desde suas atividades laborativas, seu *status* social, ao convívio familiar e social e às atividades de lazer que costumava exercer. Pode ocorrer uma exclusão social voluntária (deliberada pelo paciente), involuntária (circunstancial) ou imposta por terceiros, sendo bastante comum o isolamento social. Também são frequentes os sentimentos de vergonha e retraimento social, de insegurança e dependência emocional, levando o paciente a abrir mão de seu poder decisório e enfraquecendo seus mecanismos egoicos de defesa.

Segundo Eisenberger et al.,[21] estudos de neuroimagem realizados com indivíduos em experiência de exclusão social evidenciaram que a experiência e a regulação da dor social e da dor física dividem a mesma base neuroanatômica, sendo a dor social, portanto, análoga em sua função neurocognitiva à dor física, podendo-se dizer que rejeição dói.

Problemas sexuais, conjugais e familiares também estão presentes na vida de um paciente com câncer, afetando sua identidade familiar e sua função no sistema familiar, o que vai provocar desde alterações emocionais e relacionais até preocupações de ordem financeira e organizacional. O câncer é uma doença da família inteira, pois interfere na vida de

todos demandando mudanças de alguma ordem por parte de todos os membros. E este, então fragilizado, sistema familiar ainda terá o desafio de lidar com as informações novas advindas também do sistema hospitalar.

Dor espiritual

Para Murata,[22] a dor espiritual é causada pela extinção do ser e do sentido, do significado do *self*, devido à aproximação da morte, traduzindo-se, por exemplo, em falta de sentido da vida, perda de identidade e sentimento de inutilidade do viver. Reconhecendo a dificuldade da distinção entre espiritualidade e religião, Murata[22] cita os conceitos de Emblen de religião como um sistema organizado de crenças e práticas de culto e de espiritualidade com um significado mais amplo do que a religião, pois abarcaria princípios pessoais de vida, relacionamentos e experiências transcendentais.

Pensamos que a espiritualidade se refere àquilo que não é material e não pode ser resolvido praticamente, que fala do significado e do propósito da vida e da morte, das crenças espirituais, dos valores morais, do nosso lugar no mundo e da vida que vivemos, do nosso significado para as pessoas que nos são importantes, de reflexões sobre nosso passado, sobre nosso presente e de nosso legado para o futuro. Se, por um lado, a dor espiritual pode ser provocada pela ameaça à existência do ser, por outro lado, a espiritualidade pode ser uma ferramenta em nossa tentativa de significar a vida, de entender o que há de finito e de eterno em nós, de entender o nosso adoecimento, as nossas dores e tudo aquilo que na vida é por nós incontrolável, mas que é universal ao ser humano. Um dos modos de expressão da espiritualidade é a religião.

Já dizia Nietzche[23] que o que mais nos repugna não é a dor, mas a falta de significação da dor, o que explicaria a nossa necessidade de religião.

Segundo Miceli,[1] o paciente com câncer, sobretudo aquele que já recaiu ou está em fase final de doença, tem medo do futuro, de morrer. E muitas vezes sente solidão com a constatação de que se morre sozinho, ainda que assistido, e de que vive uma experiência singular jamais experimentada por nenhum daqueles com quem convive nem por ele mesmo anteriormente, não sendo possível compartilhá-la nem compreendê-la em uma troca usual de experiências.

Com a ajuda da espiritualidade os homens podem entender a sua dor, lembrando que o significado da dor e da doença é variável de indivíduo para indivíduo e no mesmo indivíduo em diferentes épocas e/ou circunstâncias de sua vida.

Acredita-se que a dor multifacetada do paciente oncológico denuncia a interligação dessas instâncias corpo-mente-espírito, daí a importância de se oferecer um tratamento multiprofissional que minimize o sofrimento da pessoa em todas as esferas de sua vida, em todas as etapas de sua doença.

Comunicação da dor oncológica

Para ser bem tratada, a dor precisa ser bem compreendida e avaliada. E para tal, ela precisa ser bem comunicada.

De acordo com Watzlawick et al.,[24] toda comunicação tem um aspecto que é de conteúdo (transmissão de informações sobre acontecimentos, sentimentos, opiniões), e outro que é de relação (expressão manifesta ou indireta de algo sobre os interlocutores), podendo ser funcional ou disfuncional. Segundo Miceli,[1] na interação médicopaciente, as informações recebidas virão por meio do conteúdo (manifesto ou latente) da informação, da comunicação não verbal (expressões faciais, corporais) e da maneira como a comunicação é realizada (comportamento dos interlocutores). As incongruências entre as informações tornam a comunicação disfuncional. A comunicação também pode ser inadequada (pouco clara, linguagem inacessível) ou insatisfatória (pobreza de detalhes, distanciamento entre os interlocutores), dependendo de seus aspectos de conteúdo e de relação.

Para Miceli[1,3] são comuns alguns problemas na comunicação da dor, como a supervalorização inconsciente da dor com o objetivo de obter ganho secundário (mais atenção por parte dos familiares ou dos profissionais, a pronta realização de desejos, o controle dos outros e do ambiente, por meio de chantagem emocional, o escape de situações indesejáveis). A supervalorização premeditada é resultante da determinação consciente e intencional de tirar proveito da situação, de conseguir benesses e privilégios (como um tratamento diferenciado) e até de ter lucros financeiros (como a venda dos opioides recebidos ou a obtenção de pensões). É o que chamamos de "ganho terciário". Estes casos são delicados, pois como o paciente tem ou teve algum nível de dor ou tem pelo menos um substrato orgânico que justifique a possibilidade de dor, a equipe deve fazer uma avaliação criteriosa do caso e tomar as providências cabíveis. Pode haver a desvalorização ou a negação da dor quando o paciente oculta do outro a gravidade ou a existência de sua dor. Isto ocorre por medo de que a dor seja um sinal de estar piorando ou não ter melhorado da doença, por receio de importunar, decepcionar, ou ser abandonado pelo médico ou pelo familiar, pelo desejo de agradar correspondendo às expectativas dos médicos ou da família, e como maneira de evitar procedimentos desagradáveis ou dolorosos. Pode haver, também, omissão da comunicação da dor, por desesperança provocada por descrédito na equipe ou no familiar. Geralmente isto ocorre quando o paciente teve a sua dor subestimada no passado ou não percebe um real interesse do outro em tratá-lo.

A comunicação da dor por parte de crianças e idosos é particularmente delicada, podendo haver confusão entre dor e tristeza, cansaço, chateação, teimosia, manias e manha, por causa da nossa dificuldade de compreensão do universo do idoso e da linguagem infantil, ou da nossa impaciência, ou, ainda, da nossa resistência em ouvir a dor da criança, uma vez que seria preferível acreditarmos que elas não experimentam os mesmos terríveis sofrimentos que os adultos.

Crianças podem manifestar dor por choros e lamentos, e de maneira lúdica, por desenhos e brincadeiras. Idosos podem manifestar dor por meio de lamentos e resmungos. A presença de uma provável desorientação temporal, por

imaturidade ou senilidade, dificulta ainda mais a comunicação da dor. Pessoas com dor podem tornar-se querelantes ou buscar o isolamento. Por isso, é importante, sempre que possível, observar e ouvir não somente o paciente, mas também seus familiares, tomando o cuidado com a possibilidade de que também os familiares (assim como os profissionais) podem supervalorizar ou desvalorizar a dor do paciente.

Compreensão, avaliação, mensuração da dor oncológica

Uma vez comunicada, a dor precisa ser compreendida, em todas as suas dimensões, pelo doente e por quem dele cuida e trata. Para tanto, devemos ter um olhar múltiplo e uma postura de curiosidade. O psicólogo é um profissional que pode ajudar o paciente e o médico na compreensão multidimensional da dor. Por ser subjetiva, a dor pode até ser presumida por terceiros, mas só pode ser mensurada por quem a sente. Pelo mesmo motivo, não podemos comparar dores, nem intensidades de dores entre pessoas. Podemos, sim, comparar a variação da intensidade da dor do próprio indivíduo consigo mesmo, em diferentes circunstâncias e épocas de vida. Isto porque a dor precisa ser compreendida de modo dinâmico, sendo passível de sofrer interferências e modificações devidas a diferentes causas. Para mensurarmos a dor, é preciso que ela seja comunicada e compreendida em seu contexto.

Em termos físicos, devemos classificar a dor quanto a sua etiologia, tipo clínico, duração, intensidade, localização, padrão temporal e de recorrência.

Em termos cognitivos, devemos investigar o que o paciente sabe sobre as causas de sua dor e possibilidades de controle desta, se as informações que tem são corretas e suficientes para ele, se há dúvidas a serem esclarecidas. Em termos afetivos e sociais, devemos investigar como o paciente percebe a sua dor, o que ele pensa sobre ela a despeito das informações recebidas, que fantasias e expectativas são tecidas a respeito da dor e do tratamento, que mudanças ela acarretou em sua vida pessoal, social e familiar, como ele reage à dor, como a demonstra, que variações ela apresenta e como ele lidou com a mesma dor ou com outras dores no passado, que recursos foram utilizados que se mostraram eficazes ou ineficazes em seu controle. É necessário, também, que o profissional investigue as crenças e expectativas da família, assim como as suas próprias, quanto à dor e ao controle da dor, já que se estas forem muito diferentes das percepções do paciente poderão resultar em sintomas de ansiedade, distúrbios afetivos, dificuldades de relacionamento familiar e de estabelecimento de uma boa aliança terapêutica.

Miceli[3] diz que dado o caráter subjetivo de qualquer dor, na sua avaliação devemos considerar os seus aspectos físicos, emocionais, sociais e espirituais sem, no entanto, mensurá-la a partir de apenas um parâmetro isolado, sendo aconselhável uma *mensuração combinada* da dor do doente, considerando-se o relato do paciente; sua história pessoal; seu contexto sociofamiliar; o relato da família; as alterações comportamentais, afetivas, familiares e sociais; o comportamento e a história de dor; a postura corporal (rigidez muscular, agitação ou necessidade de repouso, posição de defesa); a mímica facial e gestual (expressão ou gestos que traduzem ideia de dor); os sinais fisiológicos; os marcadores biológicos; as escalas específicas de mensuração de dor e qualquer outro tipo de expressão encontrado, realizando-se, paralelamente, os diagnósticos diferenciais concernentes. A maneira de comunicação da dor também dependerá desses diversos fatores citados e ainda de outros: idade do paciente, gênero, sua estrutura de personalidade, suas funções cognitivas, seu estado afetivo e suas condições psicológicas e orgânicas do momento e, sobretudo, da *qualidade do ouvinte*, isto é, da disponibilidade real e sincera de escuta.

Para possibilitar e facilitar a comunicação, as escalas de mensuração de dor devem ser adequadas à idade, ao nível cognitivo e ao estado clínico do paciente, devendo ser especiais principalmente no caso de crianças (imaturidade cognitiva e emocional) e de idosos (senilidade, danos cognitivos e sensoriais, distúrbios psiquiátricos ou metabólicos).

Segundo Thornton,[25] a dor, assim como os medicamentos, pode levar a muitos transtornos físicos e psicológicos, tais como diminuição da capacidade de concentração e da disposição física, irritabilidade, frustração ou disforia, perda de energia, diminuição do interesse e transtornos do sono ou do apetite. Quando presentes por longo tempo, estes podem ser sintomas depressivos erroneamente diagnosticados como uma reação normal à dor grave e à incapacidade.

Para Botega,[26] o sofrimento causado por dor, ameaça de morte, incapacidade funcional ou internação já é suficiente para provocar reações que se assemelham aos quadros depressivos. No entanto, uma vez que os sintomas depressivos podem ser confundidos com tristeza e com sintomas da doença clínica, muitas vezes não é feito o diagnóstico correto da depressão adjacente. Sintomas como perda do interesse nas pessoas, pessimismo, indecisão, irritabilidade e anedonia são encontrados em pacientes internados por doença física que apresentam transtornos depressivos moderados e graves, havendo, nesses casos, uma maior importância de fatores estressantes (gravidade da doença clínica, incapacidade, dor, desconforto e impacto do diagnóstico) no desencadeamento e na gravidade da depressão.

Barreiras na comunicação da dor

Segundo Miceli,[1] ainda hoje os médicos têm uma formação essencialmente biológica, técnica e voltada para a cura, e não para o cuidado. Eles têm dificuldades em lidar com as emoções dos pacientes e também com as suas próprias emoções (como ansiedade, culpa, medo e raiva) despertadas na relação com cada paciente. Assim como os pacientes, os médicos mobilizam mecanismos de defesa (como a intelectualização, a racionalização, a negação e a projeção) para se protegerem dessas emoções, mecanismos que podem provocar dificuldades de comunicação e na relação entre eles. Essas dificuldades também podem ser aumentadas se o paciente tem dor, devido ao forte componente emocional da dor que pode

VENDO PRODUTOS MAGISTRAIS @ TIRO CERTO
PRODUTOS http://lista.mercadolivre.com.br/_CustId_161477952

torná-la inexplicável para o médico quanto à sua apresentação, o seu curso e a resposta ao tratamento, provocando também intervenções inadequadas.

O paciente com câncer e dor crônica pode não receber a atenção e o tratamento adequados pelo médico quando é considerado por este um paciente-problema, até mesmo indesejável, pela gravidade da doença de base, por apresentar uma dor que nem sempre é possível ser aliviada a contento, por formular perguntas difíceis de responder e por manter expectativas difíceis de serem atendidas.

É facilmente identificável o ciclo vicioso que envolve a dor do paciente com câncer. O estigma da doença causa angústia, ansiedade e medo, em decorrência da ameaça real ou imaginária de destruição e de dor. O medo da dor (já vivida ou antecipada) leva ao comportamento de dor, que por sua vez leva ao reforço dos sinais e sintomas. O doente cuja dor é de difícil controle pode provocar sentimentos negativos em seus familiares (como cansaço, impaciência e raiva) e contratransferenciais na equipe (como a raiva pela dificuldade de lidar com a própria impotência) que podem levá-la a rejeitar o paciente, de maneira explícita ou inconsciente. Por sua vez, o sentimento de rejeição, ou mesmo a ideia de que ela possa ocorrer, leva o paciente a se tornar mais frágil, inseguro e dependente da atenção familiar e profissional, formando-se um ciclo vicioso.

Segundo Miceli,[1] vários autores relataram as barreiras para o controle da dor em pacientes oncológicos, destacando a falha na avaliação compreensiva e sistemática da dor e o tratamento inadequado ao se desconsiderar fatores como ansiedade, depressão e suporte social e também as preferências dos pacientes relativas ao plano de tratamento. Outras barreiras citadas são: o não fornecimento pelos médicos de informações escritas; a não confirmação do que foi compreendido pelo paciente; o uso de termos e jargões clínicos; a comunicação padronizada e insensível ou o cuidado impessoal; o longo tempo de espera para uma consulta muito curta, sem privacidade ou com interrupções; a dificuldade comunicacional de ambos, por embaraço, receio, culpa e limitações diversas; o regulamento restritivo do uso de opioides; as preocupações de médicos e pacientes sobre os efeitos colaterais da medicação ou da adicção e consequentemente da tolerância (necessitar de mais medicação porque ela cada vez mais faz menos efeito); a relutância do paciente em relatar a dor e em usar opioides e a sua não concordância ou confusão quanto ao esquema da medicação; a falta de oferecimento de tratamentos não farmacológicos; o medo dos cuidadores familiares de não serem capazes de manejar o tratamento da dor; a crença do doente de que os profissionais, familiares e amigos não entendem a sua dor; o medo de progressão da doença e de distrair o médico do tratamento do câncer; barreiras relativas a *status* social, idade e gênero.

Segundo Kimberlin et al.,[27] os pacientes com câncer e seus familiares perceberam alguns fatores como facilitadores da comunicação efetiva quanto ao manejo da dor: elaborar diários (sobretudo relativos à dor) e compartilhá-los com os médicos; ser assertivo, fazer perguntas, expressar suas necessidades e pesquisar sobre suas condições e tratamentos alternativos; manter um relacionamento mais próximo e amigável com o médico, o que resultaria em maior cuidado por parte deste.

Em estudo realizado por Miceli[1] com 120 pacientes da Clínica de Dor do Instituto Nacional de Câncer (INCA), 60% dos pacientes não se julgavam bem informados sobre a sua dor, 67,5% estavam insatisfeitos com as informações de que dispunham e 87,5% desejavam participar ativamente das consultas médicas. Se, por um lado, os homens foram mais privados do que as mulheres de informações sobre o diagnóstico da dor e sobre o encaminhamento médico à Clínica de Dor, por outro lado, as mulheres recebiam mais informações porque perguntavam mais, porém estas eram mais inadequadas, incompletas ou não convincentes do que as fornecidas aos homens. A despeito da gravidade da dor, somente 57,5% dos pacientes exigiam o seu alívio total para considerarem o tratamento bem-sucedido e 42,5% foram menos exigentes, aceitando a melhora parcial como resultado satisfatório. Os pacientes mais instruídos, os que se julgavam bem informados sobre a dor e as mulheres foram proporcionalmente menos exigentes que os pacientes menos informados, os menos instruídos e os homens quanto aos resultados esperados do tratamento, enquanto os pacientes insatisfeitos com as informações sobre a dor foram proporcionalmente mais exigentes que os satisfeitos. Os pacientes menos exigentes quanto aos resultados do tratamento de dor, em termos proporcionais, esperavam mais que o médico fosse prioritariamente atencioso do que os mais exigentes.

Foi mensurada a importância do comportamento afetivo do profissional, que foi chamada de comportamento atencioso (gentil e voltado aos aspectos psicossociais), em relação à importância atribuída pelo paciente à ação do médico para a eliminação da dor. Foi surpreendente a demanda que todos os pacientes entrevistados tinham de uma interação mais pessoal e calorosa com os médicos, na qual pudessem perceber que eram acolhidos em sua singularidade e que os médicos se importavam com eles. Quando convidados a pensar se preferiam um profissional atencioso ou um profissional que fosse um bom técnico no manejo de sua dor, a maioria dos pacientes (67%) deu importância a ambos os fatores, mas um número significativo (32,5%) preferia que o profissional fosse atencioso durante o atendimento do que eliminasse a sua dor. Apenas um paciente escolheu a opção de expectativa de um profissional que eliminasse a dor. Nenhum paciente escolheu a opção de um profissional que eliminasse a dor ainda que não fosse atencioso. E 57,5% dos pacientes identificaram que o atendimento por outros profissionais de saúde além do médico poderia ser fator de melhora de sua dor, sendo o terceiro fator mais identificado, atrás de melhora da saúde e ajuda financeira.

O estudo de Miceli[1] revelou que também o médico (ou outro profissional) pode interferir na modulação das experiências de dor do paciente com câncer já que 84,2% dos pacientes acreditavam na influência do comportamento do profissional na melhora da dor, sobretudo os pacientes que não se julgavam bem informados sobre a dor e aqueles que estavam em tratamento oncológico no período entre 1 e 5 anos, fase de expectativa de cura e de medo de recidiva e metástase. Já 20,8% acreditavam na influência do comportamento do profissional na piora da dor, mais citada pelos pacientes com nível bom/ótimo de escolaridade e pelos insatisfeitos com as informações sobre a dor.

Considerações finais

VENDEDOR APOSTILASMEDICINA@HOTMAIL.COM
PRODUTOS http://lista.mercadolivre.com.br/_CustId_161477952

Quando a dor é bem tratada em todas as suas dimensões, ocorre não somente a diminuição de sua intensidade, e até da frequência e da dosagem de medicação, mas também um aumento de autoconfiança, esperança, autoestima, sentimento de segurança, assim como uma melhora na relação com a equipe e com a família. Contudo, o tratamento eficaz começa pela boa qualidade da comunicação entre médico e paciente, e dela depende.

De acordo com Miceli,[1] a efetiva comunicação médico-paciente, sobretudo quando este tem câncer e dor, influencia o comportamento dos pacientes e o seu bem-estar, como a satisfação (de ambos) com o cuidado, a adesão ao tratamento, a compreensão e a fixação da informação médica, o enfrentamento da doença, a qualidade de vida e o *status* de saúde, reduzindo as angústias do paciente e o estresse da família e da equipe, evitando as investigações desnecessárias, os tratamentos inadequados, o abandono do tratamento e o litígio entre eles.

Todavia, como dizem Street Jr. et al.,[28] a comunicação é interconectada, pois a maneira como o médico se comunica com o paciente depende de suas características, das características do paciente e do seu estilo de comunicação. Os médicos são mais centrados nos pacientes percebidos como melhores comunicadores, mais satisfeitos e mais prováveis de aderirem às recomendações. No entanto, os pacientes de médicos mais informativos, respeitosos, que lhes permitem ser participativos e lhes dão suporte, são mais satisfeitos e aderentes, além de mostrarem melhores resultados no seguimento.

Para Miceli,[1] a comunicação é um processo de troca, de mútua influência em que cada um precisa estar disposto a abrir-se para o outro e favorecer a abertura deste. Tanto para cuidar como para ser cuidado, é preciso haver afeto, respeito às diferenças, curiosidade, tolerância, humildade e negociação entre as partes. A relação médico-paciente, por sua complexidade, é feita de laços e de "nós". Precisamos desenvolver maneiras de construir e apertar os laços sem que eles se transformem em nós. O medo de falhar com o outro, a impotência, a onipotência, a cegueira às subjetividades e aos contextos e diversos problemas na comunicação são "nós" frequentemente trançados na relação médico-paciente, de parte a parte. A confiança, o respeito, a franqueza e a generosidade são laços que possibilitarão uma relação de responsabilidades, saberes, poderes e deveres compartilhados.

Referências bibliográficas

1. MICELI, A. V. P. Laços e nós: a comunicação na relação médico-paciente com câncer e dor crônica. 2009. 127 f. Dissertação (mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.
2. FREUD, S. (1926 [1925]). Inibições, sintomas e ansiedade. In: Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. v. XX. Rio de Janeiro: Imago, 1976. p. 107-201.
3. MICELI, A. V. P. Dor crônica e subjetividade em oncologia. Rev. Bras. Cancerol., Rio de Janeiro, v. 48, n. 3, p. 363-373, 2002.
4. SAUNDERS, C. Foreword. In: DOYLE, D.; HANKS, G.; MACDONALD, N. (Eds). Oxford textbook of palliative medicine. 2. ed., New York, NY: Oxford Univ., 1998. p. v-ix.
5. IASP. INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN. Classification of chronic pain: description of pain syndromes and definition of pain terms. Pain, Suppl. S3, 1986.
6. FORTES, S. O paciente com dor. In: BOTEGA, N. J. (Org.). Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência. Porto Alegre: Artmed, 2002. p. 339-351.
7. CAILLIET, R. Dor: mecanismo e tratamento. Porto Alegre: Artmed, 1999.
8. INGHAM, J.; PORTENOY, R. K. The measure of pain and other symptoms. In: DOYLE, D.; HANKS, G.; MACDONALD, N. (Eds.) Oxford textbook of palliative medicine. 2. ed. New York, NY: Oxford, 1998. p. 203-219.
9. HERZLICH, C. Saúde e doença no início do século XXI: entre a experiência privada e a esfera pública. Physis, v. 14, n. 2, p. 383-394, 2004.
10. CLARK, D. "Total pain", disciplinary power and the body in the work of Cicely Saunders, 1958-1967. Soc. Sci. Med., v. 49, p. 727-736, 1999.
11. CLARK, D. Total pain: the work of Cicely Saunders and hospice movement. American Pain Society Bulletin, v. 10, n. 4, 2000.
12. SAUNDERS, C. The evolution of palliative care. Patient Educ. Couns., v. 41, p. 7-13, 2000.
13. STRANG, P. et al. Existential pain – anentity, a provocation, or a challenge? J. Pain Symptom Manag., v. 27, n. 3, p. 241-250, 2004.
14. STRANG, P. Cancer pain: a provoker of emotional, social and existential distress. Acta Oncol., v. 37, n. 7/8, p. 641-644, 1998.
15. VACHON, M. L. S. The emotional problems of the patient. In: DOYLE, D.; HANKS, G.; MACDONALD, N. (Eds.) Oxford textbook of palliative medicine. 2. ed. New York, NY: Oxford, 1998. p. 883-907.
16. SELA, R. A. et al. Sensory and affective dimensions of advanced cancer pain. Psycho-oncol., v. 11, n. 1, p. 23-34, 2002.
17. NASIO, J. D. O livro da dor e do amor. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.
18. ROLLAND, J. S. Ajudando famílias com perdas antecipadas. In: WALSH, F.; MC GOLDRICK, M. Morte na família: sobrevivendo às perdas. Porto Alegre: Artmed, 1998. p. 166-186.
19. FREUD, S. (1930[1929]). O mal-estar na civilização. In: Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. v. XXI. Rio de Janeiro: Imago, 1974. p. 81-171.
20. GOFFMAN, E. Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: LTC, 1988.
21. EISENBERGER, N. I.; LIEBERMAN, M. D.; WILLIAMS, K. D. Does rejection hurt? An. Study of Social Exclusion. Science, n. 302, p. 290-292, 2003.
22. MURATA, H. Spiritual pain and its care in patients with terminal cancer: Construction of a conceptual framework by philosophical approach. Palliat. Support. Care, n. 1, p. 15-21, 2003.
23. NIETZSCHE, F. W. A genealogia da moral. 3. ed. São Paulo: Moraes, 1991.
24. WATZLAWICK, P. et al. Pragmática da comunicação humana: um estudo dos padrões, patologias e paradoxos da interação. São Paulo: Cultrix, 1972.
25. THORNTON, D. Síndromes psicológicas. In: KANNER, R. Segredos em clínica de dor. Porto Alegre: Artmed, 1998. p. 187-196.

26. BOTEGA, J. N. Reação à doença e à hospitalização. In: BOTEGA, J. N. (Org.). Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência. Porto Alegre: Artmed, 2002. p. 43-59.
27. KIMBERLIN, C. et al. Cancer patient and caregiver experiences: communication and pain management issues. J. Pain Symptom Manag., v. 28, n. 6, p. 566-578, 2004.
28. STREET Jr., R. L. et al. Physicians' communication and perceptions of patients: is it how they look, how they talk, or is it just the doctor? Soc. Sci. Med., v. 65, p. 586-598, 2007.

VENDEDOR APOSTILASMEDICINA@HOTMAIL.COM
PRODUTOS http://lista.mercadolivre.com.br/_CustId_161477952

7

A Resiliência Familiar e a Equipe Multiprofissional de Dor[a]

Rosane Raffaini Palma

A crise em novo enfoque

Na China, a palavra crise é formada por dois ideogramas, que simbolizam perigo e oportunidade. Uma crise, portanto, pode trazer como possibilidade a atenção ao que de fato importa na vida e alavancar direções anteriormente impensadas. A doença vista como crise leva à descontinuidade no curso de desenvolvimento, acarretando mudanças qualitativas no funcionamento familiar. A mudança dependerá da capacidade de transformação, tendo por base o significado atribuído à situação vivida, buscando adaptação.

Novos horizontes para a pesquisa nas áreas de ciências humanas e sociais têm sido privilegiados, diante do enfoque que a psicologia vem adotando ao estudar processos e percepções das experiências da vida e de desenvolvimento, com ênfase na compreensão do que seja saudável no ser humano, em oposição à psicologia tradicional com enfoque nos desajustes e conflitos. Na perspectiva sistêmica, o conceito de resiliência traz o desafio do conhecimento que justifique os aspectos da saúde familiar.

Resiliência

O termo resiliência, originário da física, significa propriedade pela qual a energia armazenada em um corpo deformado é devolvida quando cessa a tensão causadora de uma deformação elástica. O mesmo termo foi adaptado ao campo da psicologia e, em particular, da saúde, relacionado com a capacidade de regeneração, adaptação e flexibilidade. Lidar com sua dor e tomar as rédeas da própria vida torna alguém resiliente e a colaboração entre os membros de uma família lhes possibilita uma competência nova e uma confiança compartilhada. Fica facilitado assim um clima capacitador. Os sintomas devem ser avaliados em um contexto longitudinal levando em conta seus significados e as reações de enfrentamento da família, podendo esta desfrutar de sentimentos de orgulho e sensação de eficiência pelas experiências de sucesso compartilhado. A abordagem vai além da resolução de problemas, na medida em que a resiliência familiar proporciona estrutura positiva e pragmática que orienta as intervenções, não apenas para reparar a família, mas também para fortalecê-la em desafios futuros. Os sistemas de processos familiares saudáveis têm valorizado a identificação de potencialidades e vulnerabilidades, além de intervenções para construir e reforçar elementos fundamentais do processo no funcionamento eficiente da família em crise.

Walsh[1] construiu uma estrutura conceitual que denominou *funcionamento familiar efetivo* para avaliação das práticas em resiliência familiar. Essa estrutura é um valioso instrumento de investigação a ser utilizado por uma equipe multiprofissional no tratamento da dor crônica. Os três domínios utilizados são descritos a seguir.

COMPRADO POR APOSTILASMEDICINA@HOTMAIL.COM
PRODUTOS http://lista.mercadolivre.com.br/_CustId_161477952

Sistemas de crença familiar

Quando uma família compartilha seus pensamentos e sentimentos sobre uma determinada situação, ela constrói um novo significado. Partindo da crença de que o significado da adversidade é socialmente construído, ela poderá enfrentar uma doença, tendo em vista um desafio compartilhado e contando com a colaboração mútua. A aceitação dos limites facilita que esforços sejam concentrados no que é possível e estimulem a esperança como convicção projetada no futuro, independentemente da situação atual.

Extrair significado da adversidade

As famílias mais resilientes são mais habilitadas a aceitar a passagem do tempo, os ritmos e o fluxo da vida familiar. Os fundamentos de uma família saudável são a valorização dos familiares e o orgulho da identidade familiar.

As transições do ciclo de vida, embora sentidas como perturbadoras e muitas vezes dolorosas, podem catalisar crescimento e transformação e, portanto, normalização e contextualização da adversidade e da angústia.

A mesma experiência pode ser percebida como facilitadora ou restritiva. Famílias resilientes costumam buscar ajuda em seu grupo de apoio familiar, social, religioso ou profissional, quando sentem necessidade. Buscar ajuda, nesses casos, mostra força diante de obstáculos aparentemente insuperáveis. O êxito pode ser alcançado, possibilitando um enfrentamento mais efetivo e subsequentes adaptações necessárias à vida e ampliando o repertório com novas possibilidades.

Ao tentarem entender o porquê de terem sido afetados por adversidades, os indivíduos procuram respostas em suas culturas para tanto. Convidadas a refletir sobre suas crenças, famílias resilientes em crises demandam uma investigação para considerarem outras possibilidades, que não a má sorte.

Perspectiva positiva

Iniciativa ativa e de perseverança pode ser pensada sob um prisma da tenacidade, e encarada como rigidez ou obstinação ou pensada sob o prisma da experiência de sobrevivência e persistência diante da adversidade, podendo ser em si uma fonte de orgulho.

A coragem de um indivíduo pode contaminar os outros membros do grupo e servir de inspiração. Em situações opressivas, este recurso de construção e manutenção da coragem, torna maior a força por meio dos elos vitais.

O conceito de otimismo aprendido, introduzido por Seligman,[2] tem grande relevância na estimulação de uma família resiliente. O pensamento positivo deve ser reforçado por experiências bem-sucedidas e um contexto estimulante. Seligman[3] concluiu também que crianças que aprendem habilidades como contestar seus pensamentos negativos e negociar com seus pares ganham fortalecimento das habilidades de comunicação familiar, favorecendo a resiliência.

Famílias que atribuem o sucesso, em grande parte, a seus esforços, recursos e competências têm um senso de controle do que lhes acontece na vida. Diante de erros ou fracasso, familiares podem vivenciar a experiência da aprendizagem, ponderando sobre esforço insuficiente ou objetivo irrealista e não a uma experiência de derrota.

A resiliência não acontece observando-se apenas o lado bom das coisas. A preocupação e as realidades dolorosas são experimentadas e precisam ser reconhecidas em situação de crise. As ilusões positivas diferem da negação defensiva, pois informações sobre uma ameaça são incorporadas e suas implicações absorvidas.

A confiança de que cada membro da família fará o melhor que puder reforça resultados individuais. A busca incessante por soluções estimula o otimismo e torna cada familiar participante ativo do processo de resolução dos problemas.

A resiliência necessita que se faça um balanço da situação colocada. Uma avaliação de recursos, desafios e restrições se impõe. Com isso, a iniciativa deve ser ligada a aceitar o que não pode ser modificado, buscando adaptação e direcionamento dos esforços ao que se pode dominar ou modificar. Como exemplo, podese destacar a situação de proximidade da morte. Quando um paciente está fora da perspectiva de cura, membros da família podem escolher participar do processo de preparação para a morte, focando o alívio de sintomas, procurando conforto e fechando laços afetivos.

Transcendência e espiritualidade

A espiritualidade pode ser cultivada dentro ou fora de uma estrutura religiosa. Ela tem o poder de trazer conforto ao se conviver com incertezas, auxiliando na esperança da perspectiva de futuro. Essa experiência de crise pode trazer consigo uma experiência de transcendência. É comum ouvirmos que pessoas ressignificaram suas vidas por meio de uma experiência adversa. É importante, portanto, que uma família possa reconhecer o sentido positivo nas situações difíceis, para o desenvolvimento da resiliência. Diante de uma imagem religiosa de um Deus todo-poderoso e punitivo, profissionais orientados e preocupados em conceituar as pessoas como seres biopsicossociais-espirituais podem suscitar experiências espirituais vividas que tenham trazido paz interior, conforto e comunhão.

Famílias incentivadas a enfrentar e se recuperar das adversidades procuram recursos inventivos nas experiências vividas anteriormente, mitos e histórias familiares ou têm necessidade de atitude de improvisação, implementando soluções ainda não tentadas. Outras fontes de inspiração além dos limites do cotidiano são personalidades de coragem e

heróis que incorporaram muitas das melhores qualidades da resiliência, conservando a vontade de vencer e superar dificuldades, de perseverar mesmo contundido e de se recuperar do fracasso e da perda.

As crenças fundamentais da família emergem diante da incerteza e do sofrimento. Aceitando o fato ocorrido e quaisquer cicatrizes que persistam, a família tenta incorporar o que aprendeu e se esforça para que outros possam aprender com sua experiência. À medida que o evento vai sendo assimilado, o sofrimento pode passar a ser encarado como algo que os tornou melhores e lhes abriu novas oportunidades. Essas crenças compreendem, portanto, a capacidade de uma família extrair significado da adversidade e, dentro de uma perspectiva positiva, observar potencialidades e possibilidades ratificadoras.

Padrões organizacionais

São os padrões de interação e regras consistentes, com alguma estabilidade e rotina, que garantem confiabilidade e a sensação de continuidade no tempo. A ideia de coesão não parte de um modelo rígido e inflexível de uma relação fusionada. Ao contrário, a conexão refere-se à manutenção da unidade familiar, com respeito a autonomia dos membros da família, flexíveis o bastante para manter relação de troca e suporte com a comunidade e a família estendida e papéis alterados em novos arranjos, caso seja preciso.

Flexibilidade

A coesão e a flexibilidade sofrem influência da cultura na qual esta família se insere do ponto de vista do desenvolvimento do ciclo vital familiar, do contexto histórico e social e suas tradições. Uma estrutura estável, porém flexível, mantém uma família em bom funcionamento. Estabilidade de papéis, regras e padrões de interação previsíveis e consistentes criam uma confiabilidade mútua crucial, além de senso de continuidade. A resiliência familiar requer a capacidade de contrabalançar estabilidade estrutural e alterações imperativas quando os membros da família enfrentam crises e desafios.

A mudança pode ser entendida como ameaçadora se considerarmos que o medo do desconhecido pode suplantar a angústia presente na crise, que é dolorosa, porém familiar. Essa experiência pode vir acompanhada de uma sensação aguda de desamparo e falta de controle. Urge, então, explorar o que é necessário e valorizado, construir habilidades e confiança em incrementos pequenos e fáceis de administrar, além de aprender a errar com segurança, tentar novamente até alcançar o êxito, bem como criar uma estrutura forte para conter reações e tolerar incertezas.

Conexão

Para observação do equilíbrio, deve-se examinar na unidade familiar o funcionamento da autonomia individual, tolerância com relação à separação, proximidade saudável, colaboração e compromisso. Seus membros podem estar profundamente conectados e unidos em uma crise e, ao mesmo tempo, respeitar-se em suas diferenças.

Uma família resiliente tem seus membros em um contexto de segurança e proteção, apoiando-se no crescimento e desenvolvimentos individuais. O conforto e a segurança proporcionados por relacionamentos afetivos são especialmente fundamentais no enfrentamento de eventos catastróficos.

Recursos sociais e econômicos

Os vínculos com o mundo social são de vital importância na resiliência familiar. Membros ativamente engajados e envolvidos com o que acontece no seu meio relacionam-se com ele com mais esperança, recebem mais apoio, serviços concretos e informações. Não é apenas o tamanho da rede ou a frequência dos contatos que podem surtir tal efeito, mas a qualidade dos relacionamentos, que devem identificar os conflitos e os rompimentos a serem reparados.

O funcionamento familiar fica fortalecido se forem considerados os recursos financeiros e examinarem os apoios e os equilíbrios estruturais que vinculam o sistema familiar e profissional. Cuidadores que trabalham muito têm sua energia drenada para a demanda do cuidado ou, se trabalharem menos, têm sua remuneração diminuída e a renda familiar cai.

Processos de comunicação

Para lidar com situações de estresse e manter opções de enfrentamento estratégico, a família necessita buscar e compartilhar informações. Essa atitude ajuda na construção do significado da situação de maneira compartilhada e consciente.

O compartilhamento de sentimentos mantém um clima de confiança e empatia. Compartilhar sucessos, mesmo que pequenos, estimula a confiança familiar para enfrentar desafios maiores, enquanto compartilhar erros pode reformular objetivo e estratégia na resolução dos problemas. Portanto, solucionar problemas de modo colaborativo pressupõe reconhecer o problema, observar a importância e possibilidade de resolução, trocar ideias e finalmente tomar decisão.

Clareza

Levando-se em conta as diferenças culturais, a comunicação nas famílias resilientes é clara, específica, direta e honesta. A comunicação acontece de maneira que os comportamentos sejam consistentes e congruentes com a mensagem verbal. A clareza das regras familiares organiza as interações, define e estabelece expectativas.

Diante de eventos estressantes, membros da família podem ter percepções e entendimentos não convergentes. As experiências de crise tornam-se mais administráveis e compreensíveis quando discutidas abertamente e quando os significados dos eventos e suas implicações são compartilhados.

Expressão emocional aberta

"Proteções" por meio do silêncio, do segredo ou da distorção criam barreiras e bloqueiam a comunicação, dificultando as tomadas de decisão. No entanto, expressões abertas de sentimentos positivos, como amor, apreciação, respeito, têm a função de compensar interações negativas e situações de conflito, próprios do momento de crise. O humor compartilhado pode servir para apontar erros, diminuir a ansiedade e facilitar conversas.

Resolução colaborativa dos problemas

Quando se enfrenta uma crise repentina ou desafios persistentes, há que se encontrar estratégias eficazes para resolução de problemas. Identificando os processos eficazes para resolução de problemas, os membros da família precisam, em primeiro lugar, reconhecer o problema e se comunicar sobre ele com o que podem constituir recursos potenciais. A partir daí, existe a necessidade de se pensar, pesar e considerar as possíveis opções, recursos e impedimentos e construir um plano de ação; monitorar os recursos e avaliar o êxito, revendo esforços e cuidando que a boa comunicação permaneça com discussões criativas. Na resolução de problemas, o processo de negociação pode ser tão importante quanto o resultado final.

Negociações bem-sucedidas utilizando mecanismos como: aprender a ouvir e falar com paciência; evitar ou interromper ciclos negativos de crítica; responsabilização e retraimento; validar sentimentos confusos como parte da experiência; reexaminar e renegociar as expectativas periodicamente; concentrar-se em objetivos alcançáveis; dar passos concretos; acreditar no sucesso e aprender com o fracasso pode tornar uma família mais resiliente diante da crise.

Enfrentamento familiar e manejo da doença

Uma pessoa sofre ao ter seu corpo incompreendido na expressão da dor, marcado por invasões, intervenções, sequelas e recaídas. A doença crônica pode ser representada como um ataque à integridade física, social e psíquica do sujeito e será partilhada com consequências imprevisíveis e realidade desconhecida pela família. Do ponto de vista sistêmico, a família precisa estar incluída no manejo da doença crônica, juntamente com o paciente e a equipe de saúde. De uma maneira ou outra, o paciente e sua família necessitarão responder às exigências avaliadas como excessivas diante dos recursos de ajustamento que a doença impõe. A esse processo dá-se nome de processo de enfrentamento. Reorganizar responsabilidades, lidar com implicações financeiras, reabilitação física, agravamentos e remissões dos sintomas são demandas que exigem um esforço adaptativo que mobiliza recursos psicossociais para lidar com a enfermidade. Nem sempre a adaptação possível é positiva. É possível haver uma adaptação utilizando-se a inibição da ação ou catastrofização com ampliação dos estímulos de sofrimento e orientação pessimista.

Parkes[4] identificou uma categoria de enlutados por causas não reconhecidas, entre elas, a doença. Quem perde a saúde perde também independência, autonomia, o papel no mundo, seus sonhos. Frequentemente esses enlutados expressam uma sensação de vazio, isolamento ou mutilação, precisando passar pelo reconhecimento da perda e aceitação para, só então, adotar uma nova postura.

Três fios evolutivos precisam ser considerados e vinculados a um contexto de desenvolvimento do indivíduo que é doente crônico e sua família: o ciclo de vida do indivíduo, o ciclo de vida da família e o ciclo da doença, que devem ser caracterizados em termos psicossociais e longitudinais. Segundo Combrinck-Graham,[5] alguns momentos no ciclo de vida familiar requerem altos níveis de coesão familiar e vínculos intensos, como nascimento de filhos, criação de filhos pequenos, netos, casamentos, aumentando a aproximação entre os membros, enquanto em outros momentos no ciclo de vida familiar a unidade familiar enfatiza o ambiente extrafamiliar. Com a alteração do contexto de vida, é fundamental considerar o período desenvolvimental de quando a doença acontece, para melhor compreensão dessa dinâmica. Os momentos de transição no ciclo familiar são considerados potencialmente mais vulneráveis, pela descontinuidade. Por exemplo: uma doença afeta um provedor de uma dada maneira, quando seus filhos são pequenos. O grupo familiar, então, precisará ser cuidadosamente observado, pois poderá acontecer uma sobrecarga na demanda de recursos de enfrentamento por parte de um ou alguns dos membros da família, implicando esforço extremo de adaptação.

O funcionamento e a estrutura da família passaram por transformações inevitáveis nas últimas décadas. O papel de cada membro na família tem se alterado significativamente, as fronteiras tem se afrouxado e seus contornos se expandido, como verificamos nos recasamentos e na longevidade de seus membros. Novas maneiras de adaptação e organização de experiências têm sido necessárias, já que não podemos desconsiderar a tendência de que gerações repitam comportamentos, como modo de manter o controle dos processos relacionais. Mudar pode causar grande sofrimento e ansiedade pela instabilidade e, com isso, algumas famílias podem apresentar maior rigidez e sistemas inflexíveis.

Observando o momento do ciclo vital de uma família, são considerados: suas origens étnicas, sua inserção social e cultural, tipos de rituais que cultiva, como esta mantém vínculos, como lida com crises e conflitos. O sentido de ciclo é associado ao processo de vida e aos fenômenos que se sucedem com determinado ritmo da história familiar.

Uma família é marcada por ganhos e perdas. Quando um membro da família está doente, Carter e McGoldrick et al.[6] destacam, entre os comportamentos de enfrentamento familiar funcional durante a doença: comunicação aberta; partilha de

responsabilidades; planejamento realista do futuro; valorização das capacidades restantes do paciente; acolhimento de um paciente nutrido de medos reais e imaginários; flexibilidade de expectativa; desenvolvimento de novos papéis no sistema familiar; adaptação ao desfecho do tratamento; oferecimento de apoio social ao paciente; favorecimento do encerramento de laços; apoio e amparo à solidão, perdas e finitude.

Famílias fusionadas, segundo Beavers e Hampson,[7] tendem a reagir com exagero e intolerância à separação, além de vivenciar transtornos internalizados, como ansiedade e depressão. Já nas famílias desvinculadas, a distância bloqueia a comunicação, a relação e as funções mutuamente protetoras da família. Nesses casos, pressões por consenso podem interferir negativamente na resolução de problemas. Os autores descreveram ainda processos de sistemas com tendências "centrípetas" (buscam conexão e satisfação para suas vidas dentro de casa) e "centrífugas" (buscam satisfação fora de casa).

Uma família é considerada disfuncional quando não atende às necessidades sociais, as mudanças no ciclo vital que precisam ser realizadas não acontecem, seus integrantes não expressam com clareza seus sentimentos, pautam-se pelo que não é dito ou não confiam nas palavras. No caso específico de doença, a disfunção familiar acontece quando encontramos: negação das mudanças ocorridas; culpabilização do paciente ou membros da família; manutenção de um modelo mental de doença; reações tardias; medo excessivo. Com isso, torna-se comprometido o equilíbrio e a situação familiar passa a ser vista como ameaçadora. Nesse caso, as estratégias tornam-se pouco efetivas ou insuficientes para garantir o bem-estar emocional e a qualidade de vida das pessoas.

Atuação da equipe multiprofissional

De uma equipe multiprofissional de saúde espera-se cautela, pois suas ações envolvem grande complexidade e afetam todas as dimensões humanas: emocional, física, cognitiva, social e espiritual. A doença exige do paciente elaboração do luto pela perda da saúde, da autonomia, da independência e, em consequência, o reajustamento psicossocial. Também é prioritário que se faça uma investigação sobre a utilização de práticas ligadas à resiliência por profissionais da saúde, nesta nova família que rompe seu processo de vida natural pela doença de um dos seus membros.

Para a humanização dos cuidados em saúde hoje, o grande desafio de uma equipe multiprofissional é que esta vá além das aparências e procure compreender o significado da vida atribuído por quem a vivencia e entender o modo de inserção do indivíduo no mundo, enfim cuidar com competência científica e humana, não bastando para um atendimento integrado o melhor tratamento médico medicamentoso, nem as melhores acomodações. A equipe multiprofissional pode iniciar um movimento de "com-fiar" (tecer com) e "com-sentir" (sentir com), aproximando-se sem invadir os espaços íntimos familiares e distanciando-se sem causar a eles a sensação de abandono.

A atenção da equipe às necessidades práticas, sociais, físicas e emocionais do doente possibilita tornar efetivo o cuidado e proporciona a elaboração e ressignificação da experiência vivida. Nesse contexto, é importante avaliar aspectos como informações acerca da saúde física do paciente; histórico de perdas; enlutamento por perdas relacionadas com a doença; estratégias de enfrentamento; reações emocionais; características de personalidade do paciente e cuidadores informais; padrões de relacionamento na família; sistema de crenças, mitos e legados familiares; presença de rede de apoio. A intervenção a partir daí deve contemplar o alívio da ansiedade, abertura da comunicação entre familiares e equipe, fortalecimento emocional para o enfrentamento adequado com relação à crise da doença e reorganização familiar, estabelecimento de canal para expressão e reflexão sobre a dor e sofrimento.

A formação dos profissionais de uma equipe multiprofissional deve preparar cada integrante a considerar maneiras sistêmicas e compartilhadas de solução de problemas. Ao focalizar a integralidade de quem é atendido e sua família, o olhar se expande para intervenções no domínio social, psicológico e espiritual, levando em conta também o que existe de saudável naquele ser doente. As demandas da saúde e o crescente desenvolvimento científico e tecnológico produziram estratégias e mecanismos para efetivar o trabalho em equipe, sendo respeitada a capacitação e a autonomia de cada profissional envolvido e ao mesmo tempo sendo discutidas situações de interface. Segundo Rumen,[8] a construção do conhecimento compartilhado diz respeito à aceitação da incompletude e traz de modo inerente a abertura para o conhecimento do outro pela escuta e troca profissional. As interconsultas e discussões de caso tornam-se valiosos espaços de interação enriquecidos por normas de atuação abertas aos questionamentos e devem estar presentes em todas as áreas que formam uma equipe de saúde. Ficam assim disponibilizados caminhos com enfoque incluindo as necessidades associadas à doença, na busca de acolher o paciente e sua família na sua individualidade e totalidade.

Para Rosso,[9] existem ações que podem aumentar o êxito na resolução de problemas de uma equipe que são: focar no processo e não nas pessoas; procurar delicadeza nos gestos e palavras; ser sincero e franco nas próprias colocações; validar o que se entendeu, partindo do princípio de que nem todas as pessoas se expressam bem. Silva[10] descreveu outras atuações eficazes na resolução de conflitos: analisar situações baseadas em fatos concretos; aceitar as diferenças; focar interesses comuns; reconhecer os sentimentos envolvidos; usar critérios objetivos; inovar quando soluções não são de comum acordo; validar tudo o que foi acordado; ser respeitoso.

Uma reformulação curricular das universidades tem contemplado treinamento para formação de equipes multiprofissionais, aperfeiçoando habilidades específicas, como capacitação em comunicação, reflexões sobre bioética, conceitos sobre cuidados paliativos e manejo de situações estressantes, proporcionando articulação sobre novos saberes, práticas e políticas. Têm sido ainda preparados profissionais mais conscientes da importância do papel de cuidar, mesmo quando não podem curar. Kovács, Macieira e Carvalho[11] consideram que educar não é só instruir, mas também formar

pautado no conhecimento e na ética, respeitando a diversidade de saberes e reconhecendo valores, direitos e realidades singulares. Além disso, segundo Pessini,[12] quem cuida e se deixa tocar pelo sofrimento do outro se humaniza no processo e se transforma em um radar de alta sensibilidade. Esta se torna uma chance preciosa para se adquirir sabedoria, para muito além do conhecimento científico.

A habilidade de comunicação estudada, melhorada e treinada torna-se um recurso importante na assistência à saúde. Considerar aspectos como escolaridade, gênero e cultura melhora a expressão e fortalece a comunicação a ser estabelecida entre paciente, sua família e uma equipe de saúde.

Segundo Perdicaris,[13] não existe neutralidade na interação das pessoas. O tom da voz, as palavras escolhidas, o silêncio, um olhar, um gesto, a ênfase dada e a postura corporal informam tudo o que é dito. É necessário reconhecer as diferenças entre gêneros e sua interferência na boa comunicação.

Considera-se que a comunicação não verbal tenha extrema relevância na relação entre o profissional de saúde e o paciente, oferecendo informações mais ricas do que é expresso pela fala. Enquanto comunica ao profissional o que sente, o paciente identifica no cuidador emoções, sinais de empatia, distanciamento e sensações obtidas pelo toque. O profissional também pode ser informado pelo paciente sobre sua cultura, gênero, classe social e qualidade das relações familiares, enquanto fala sobre suas dores. A interpretação do significado do silêncio pode desvendar raiva, vergonha, confusão ou depressão. Portanto, ao transmitir uma mensagem, é necessário haver simetria entre todas as maneiras de expressão, para assim transmitir confiança. Coerência no que é dito pelos profissionais da equipe, com a possibilidade de informações serem repetidas quantas vezes forem necessárias, oferece continência e diminui o nível de estresse vivido pelos outros membros da equipe ou unidade de cuidado.

O nosso país consiste em uma população heterogênea e, neste enfoque, Souza[14] reconheceu que expressões regionais, crenças e ditos se apresentam como códigos de linguagens, que espelham significações singulares, o que pode dificultar a comunicação entre os integrantes de uma equipe ou da equipe com o paciente e sua família. A utilização de uma linguagem comum nas reuniões clínicas, que facilite o intercâmbio de saberes, resulta geralmente em atuações não parciais ou fragmentadas.

Uma equipe multiprofissional tem o desafio de interpretar de maneira responsável o que é exposto pelos seus membros, incentivando o diálogo para uma aproximação correta e pacientemente construída. Segundo Rumen,[8] durante a criação de equipes os fatores de risco mais encontrados são dificuldade de comunicação entre os profissionais, disputas de poder, conflitos não resolvidos, divisão rígida e imposta no trabalho.

A condução de uma conferência familiar (reunião entre família e equipe multiprofissional) pode constituir-se em valiosa ferramenta interdisciplinar, por propiciar espaço para discussão, orientação e catarse no grupo familiar e tem regras como: valorizar a manifestação familiar; reconhecer emoções (como negação, raiva, culpa); ouvir a família; entender as necessidades do paciente; perguntar ativamente assuntos pendentes.

Quanto mais coesa for a comunicação entre os membros da equipe, mais as famílias terão a oportunidade de interação e o resultado do encontro será facilitado. Forte[15] entende que os pacientes têm necessidades práticas e de informação muito diferentes. Alguns pacientes e suas famílias optam por compartilhar as decisões tomadas e assumem a responsabilidade pelo tratamento juntamente com a equipe, enquanto outros preferem manter-se conduzidos no tratamento. As decisões do paciente identificadas e consideradas proporcionam autonomia, um princípio ético a ser respeitado. Qualquer membro da equipe pode e deve assumir o cuidado do paciente e seus familiares, quando solicitado por afinidade.

Lidar com a experiência do adoecimento, da dor, da impotência, da revolta e do estresse como obstáculo à vida plena pode causar sobrecarga aos profissionais da saúde, portanto, é importante que a equipe, para desenvolver um bom trabalho, seja também bem cuidada. Frustrações são inerentes a esse processo de cuidar e os membros da equipe precisam saber pedir auxílio, reconhecer seus limites e ter a possibilidade de apoio, acolhimento e supervisão para lidar com questões internas que as demandas mobilizam. A desconstrução do modelo hierárquico dentro da equipe, a capacitação técnica constante e o respeito mútuo são necessidades imprescindíveis para o sucesso de uma equipe bem-sucedida. Em bases menos autoritárias, adota-se, portanto, uma postura menos burocrática em que se valoriza mais o processo do que o resultado final.

Profissionais habilitados e organizados para diagnóstico e tratamento de dor aguda ou crônica de pacientes internados ou ambulatoriais, ligados à pesquisa e ensino sobre dor, formam um centro multidisciplinar de dor. A postura da equipe deve ser de reconhecimento pela necessidade de complementação dos saberes, considerando a complexidade de cada caso e a atuação dos profissionais acontece por consenso. O corpo clínico varia entre os serviços existentes constando, em geral, de médicos (anestesista, psiquiatra, ortopedista, neurologista), fisioterapeuta, psicólogo, enfermeiro.

Entre as possibilidades de compreensão e intervenção para dor crônica, destacam-se os trabalhos psicoeducativos, instrumentos de avaliação e técnicas de intervenção específicas.

Trabalhos psicoeducativos podem despertar uma atitude ativa no paciente com dor, em relação à sua saúde e uma sensação de algum controle pela percepção de que parte do seu cuidado está em suas mãos, interferindo na adesão ao tratamento.

O quadro psiquiátrico é comumente encontrado em pacientes com dor crônica. Por esse motivo, investigações sobre ansiedade, depressão, estresse, transtorno do sono e diminuição de libido constam da anamnese detalhada realizada com o doente e seus cuidadores. Por exemplo: um paciente com sono não reparador causado pela dor pode ter prejudicadas a

compreensão e a interpretação adequada da realidade e confundir os cuidadores formais e informais a respeito das informações oferecidas e assim instalarem-se repetidos ciclos de insucesso.

Portenoi[16] sugere que sejam aplicados inventários e questionários específicos para pacientes com dor, para explorar hipóteses levantadas na anamnese, como recurso apenas complementar a avaliação psicológica, pois oferecem informações destacadas do contexto psicodinâmico dos indivíduos.

O conforto e bem-estar podem ocorrer no atendimento psicoterápico, quando o paciente com dor crônica torna-se capaz de recuperar autonomia e individualidade, participar de atividades no contexto familiar ou social, aceitar e elaborar sua atual realidade, identificar gatilhos que possam interferir na intensidade da dor.

Técnicas de acupuntura, hipnose, distração, relaxamento e imaginação dirigida têm se mostrado muito eficientes no tratamento de dor crônica.[17] Técnicas projetivas podem ser utilizadas para favorecer o reconhecimento da própria dor e ainda sua expressão e comunicação de maneira menos subjetiva.

A dor, portanto, não pode mais ser contextualizada como produto de disfunção orgânica exclusivamente. Novas possibilidades de compreensão e atuação sobre o fenômeno têm trazido resultados benéficos e efetivos, evitando sofrimento por processos dolorosos. Tendo afetada a integridade do corpo e ameaçada a integridade da pessoa, o paciente com dor tem sido cada vez menos negligenciado no contexto da assistência médica no nosso país.

Ao reconhecer a multicausalidade da experiência subjetiva que é a dor crônica e suas significações, modificações consistentes no seu trato têm ocorrido com êxito.

Referências bibliográficas

1. WALSH, F. Fortalecendo a resiliência familiar. São Paulo: Roca, 2005.
2. SELIGMAN, M. Learned optimism. New York: Random House, 1990.
3. SELIGMAN, M. The optimistic child. Boston: Houghton Mifflin, 1995.
4. PARKES, C. Luto: estudos sobre perda na vida adulta. São Paulo: Summus, 1998.
5. COMBRINCK-GRAHAM, L. A. Developmental model for family. Fam. Proc., v. 24, p. 139-150, 1985.
6. CARTER, B.; McGOLDRICK, M. et al. As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar. São Paulo: Artmed, 1989.
7. BEAVERS, W. R.; HAMPSON, R. B. Measuring family competence: the Beavers systems model. In: WALSH, F. (Ed.) Normal family processes. New York: Guilford, 1993.
8. RUMEN, F. A. Complexidade e transdisciplinaridade em saúde. In: VEIT, M. T. (Org.). Transdisciplinaridade em oncologia: caminhos para um atendimento integrado. São Paulo: ABRALE, 2009.
9. ROSSO, F. Gestão ou indigestão de pessoas: manual de sobrevivência para RH na área da saúde. São Paulo: Edições Loyola, 2003.
10. SILVA, M. J. P. Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em Saúde. 5. ed. São Paulo: Loyola, 2006.
11. KOVACS, M. J.; MACIEIRA, R. C.; CARVALHO, V. A. Formação profissional em Psico-oncologia. In: CARVALHO, V. A. et al. Temas em psico-oncologia. São Paulo: Summus, 2008.
12. PESSINI, L. Humanização da dor e sofrimento humanos no contexto hospitalar. Bioética, Brasília, v. 10, n. 2, p. 51-72, 2002.
13. PERDICARIS, A. A. P. A interdisciplinaridade no processo de comunicação na saúde, In: VEIT, M. T. (Org.) Transdisciplinaridade em oncologia: caminhos para um atendimento integrado. São Paulo: HR, 2009.
14. SOUZA, I. R. Aspectos sócio-linguísticos na interação médico/paciente. Recife: Universitária da UFPE, 2006.
15. FORTE, D. N. Estratégias de comunicação em cuidados paliativos. In: SANTOS, F. S. (Org.) Cuidados paliativos: discutindo a vida, a morte e o morrer. São Paulo: Atheneu, 2009. p. 223-231.
16. PORTENOI, A. G. Avaliação do paciente com dor: limites e alcances dos testes e escalas psicossociais. In: Anais do lll Simpósio multidisciplinar de afecções musculoesqueléticas relacionadas com o trabalho e as atividades físicas (AMERT). São Paulo, p. 18-26, 2000.
17. ANDERSON, K. O.; COHEN, M. Z.; MENDOZA, T. R.; GUO, H.; HARLE, M. T.; CLEELAND, C. S. Brief cognitive-behavioral audiotape interventions for cancer-related pain: immediate but not long-term effectiveness. Cancer, v. 107, n. 1, p. 207-14, 2006.

VENDEDOR APOSTILASMEDICINA@HOTMAIL.COM
PRODUTOS http://lista.mercadolivre.com.br/_CustId_161477952

a Texto baseado na dissertação em Psicologia clínica “Práticas da Equipe de Saúde ligadas à Resiliência para a Unidade de Cuidado” pela PUC-SP, com apoio do CNPQ.

VENDEDOR APOSTILASMEDICINA@HOTMAIL.COM
PRODUTOS http://lista.mercadolivre.com.br/_CustId_161477952

8

A Adesão ao Tratamento Interdisciplinar na Dor Crônica

Adrianna Loduca

Nas *clínicas de dor* é consenso à visão biopsicossocial da experiência dolorosa o que requer o estabelecimento de tratamentos multi ou interdisciplinares. Ainda que os pacientes procurem essa assistência, nem sempre eles se mostram disponíveis para realizar as condutas indicadas pela equipe, ou seja, querem a remissão do quadro de dor, mas esperam que ela aconteça pela ingestão de remédios ou procedimentos clínicos e a curto prazo.

A dor crônica tem sido compreendida pelos estudiosos e especialistas[1-3] que trabalham na área, como uma experiência desprovida de propósito, constituindo-se mais em uma ameaça ao estilo de vida que, com o transcorrer do tempo, vai se tornando um elemento estressor, favorecendo o aumento do nível de sofrimento e reduzindo a tolerância do indivíduo a estímulos nocivos.

Entende-se que, quando a dor persiste, apesar dos esforços terapêuticos, os profissionais da saúde compartilham com o paciente e seus familiares a sensação de frustração, principalmente pelo fato de que não se pode antecipar uma cura. A atenção deve voltar-se para ajudá-lo a ajustar-se à incapacidade resultante e aos efeitos colaterais de medicamentos, assim como estimular a retomada do ritmo de vida com adaptações. Além disso, o uso excessivo e prolongado de medicações pode provocar a diminuição da produção de endorfinas pelo organismo (bloqueadores de dor), aumentando, consequentemente, a percepção do quadro álgico.[4]

O fato da dor, principalmente quando crônica, exigir um período maior de tratamento e a participação mais ativa do paciente (como a necessidade de rever seu estilo de vida) muitas vezes é mal interpretada por ele que conclui que a equipe não está tratando com empenho o seu desconforto e atribui essa negligência à falta de competência ou descaso, abandonando o tratamento ou permanecendo na clínica pouco envolvido na assistência prestada. Neste sentido, identificar como cada paciente se mostra motivado para seguir o tratamento proposto na clínica de dor é uma ferramenta fundamental para a efetividade do tratamento proposto pela equipe multi ou interdisciplinar.

Adesão ao tratamento e estágios de mudança

Os profissionais que trabalham na área sabem que a adesão[a] ao tratamento é fundamental para o seu sucesso, mas é difícil identificar o quanto o paciente está seguindo as recomendações ou como pode ser motivado para isso. Tendo em vista o caráter subjetivo da dor, não se pode dizer que todas as pessoas vão reagir da mesma maneira.

Estudos desenvolvidos na área da saúde[5-7] estimam que 30 a 50% dos pacientes, independentemente da doença, do tratamento e do prognóstico, não aderem ao regime terapêutico. Sabe-se também que quanto maior for o número de medicamentos ou de tratamentos, menor será a adesão.

Na literatura sobre dor, tem sido consenso que a abordagem cognitivo-comportamental é a mais utilizada para auxiliar na adesão aos tratamentos propostos nas clínicas de dor e, portanto, vários estudos têm explicitado sua efetividade – procura-se dar ênfase ao desenvolvimento de estratégias de enfrentamento que diminuam pensamentos negativos e fortaleçam a atividade e a produtividade funcional, porém evidenciou-se que havia pacientes que não respondiam a essa intervenção e outros que apresentavam mudanças temporárias que não se mantinham 1 ano após o término da intervenção psicoterápica, concluindo-se que, possivelmente, eles apresentavam disponibilidade diferente para lidar com mudanças, o que por sua vez requeria maior motivação.[8,9]

Enquanto na área de dor somente por volta de 2000 a motivação começou a ser foco de estudo para melhorar a adesão ao tratamento, já na década de 1980, pesquisadores preocupados com a adesão ao tratamento de tabagismo, outras dependências químicas, obesidade e doenças crônicas, como o diabetes, compararam uma série de teorias e modelos psicoterápicos (terapia cognitivo-comportamental, Gestalt, psicanálise e teoria existencial) que tinham como foco o processo de mudança de comportamento e analisando os resultados concluíram que nenhuma teoria conseguia explicar o processo de motivação para a mudança. Assim, foi desenvolvido o modelo transteórico que preconiza que é preciso saber em qual estágio motivacional o paciente está para escolher a melhor estratégia de trabalho para aquele momento – pré-contemplação, contemplação, preparação, ação e manutenção.[9-13]

Na área de dor, alguns pesquisadores[8,9] procuraram transpor esses estágios de mudança para o tratamento de pessoas que apresentavam quadros álgicos crônicos,[b] mas eliminaram um dos cinco estágios, o de preparação, que na prática diária tem sido identificado com frequência, portanto, os estágios serão descritos neste texto de acordo com os estágios definidos, inicialmente, por Prochaska e DiClemente[13] e adaptados por Loduca[14] para a área da dor.

Estágio de pré-contemplação

O paciente acredita que a sua dor é um problema que só pode ser resolvido pelo médico com remédios ou procedimentos cirúrgicos. Ele não reconhece que mudanças comportamentais poderiam auxiliar no manejo da dor e não entende a importância do trabalho de outros profissionais da área da saúde (fisioterapeuta, psicólogo, nutricionista, entre outros) no tratamento do quadro álgico. Prevalece a postura passiva em relação a qualquer tratamento proposto e todos os esforços estão voltados à busca de cura.

Estágio de contemplação

Ele começa a reconhecer que poderia se beneficiar aprendendo estratégias de enfrentamento para o manejo da dor. Ele entende que apenas a assistência médica para tratar seu quadro álgico pode ser limitada e pondera a possibilidade de seguir outras propostas terapêuticas como coadjuvantes ao tratamento, mas ainda não tem clareza sobre o que precisa fazer para ter êxito com as novas possibilidades.

Estágio de preparação

O paciente está engajado no aprendizado de estratégias para manejo da dor e já não acredita mais na existência de um remédio mágico ou de um procedimento que elimine o seu problema de uma vez. Percebe a importância das mudanças comportamentais à medida que se vê mais ativo, sentindo-se mais responsável no processo de controle de sua dor.

Estágio de ação

Ele incorporou as estratégias de enfrentamento e está realizando mudanças comportamentais e no seu cotidiano. Sente-se ajustado à nova situação, ou seja, reconhece e compreende o seu diagnóstico e se sente capaz de ter autocontrole sob o seu quadro álgico.

Estágio de manutenção

O paciente procura incorporar as mudanças efetuadas em um novo estilo de vida e passa a necessitar menos do auxílio de profissionais da área da saúde.

Deve-se lembrar que *recaída* pode ocorrer, embora não seja considerada como estágio. Tropeços fazem parte do processo e o importante é impedir que qualquer recaída ponha em risco as conquistas efetuadas ou diminua a motivação para a realização de mudanças no cotidiano, ou seja, o profissional deve ajudar o paciente a não se sentir desmoralizado ou desmotivado. Cabe referir também que as pessoas podem avançar ou retroceder nesses estágios de maneira não linear.

Embora a colocação de um paciente em um determinado estágio facilite, para a equipe, a organização de um plano de ação mais efetivo, não se pode garantir a adesão integral ao tratamento, uma vez que reconhecer os hábitos de saúde de uma pessoa não corresponde a conhecer suas necessidades e motivações gerais.

No mesmo período em que a identificação dos estágios de mudança ganharam importância para auxiliar na adesão ao tratamento multi ou interdisciplinar, outros estudos tiveram como foco de investigação compreender melhor o convívio de pacientes com quadros álgicos crônicos, levando em consideração as repercussões em suas vidas,[15] o que resultou na construção de padrões[c] de convívio com a dor. Loduca e Samuelian[16] perceberam que os quatro padrões identificados: caótico, dependência, repulsa e integração, concomitantes aos estágios de mudança, também poderiam auxiliar os profissionais na escolha ou adoção de técnicas específicas de intervenção para o manejo e/ou controle do quadro álgico,

favorecendo o vínculo equipe-paciente, a qualidade da assistência prestada e, consequentemente, a adesão aos tratamento propostos.

PRODUTOS http://lista.mercadolivre.com.br/_CustId_161477952

Este capítulo segue discutindo esses padrões que foram adaptados ao longo desses 15 anos com o apoio de um grupo de psicólogos e estudantes que atendem à demanda de uma das clínicas de um grande *centro de dor* de São Paulo. A prática diária possibilitou que cada padrão pudesse ser caracterizado e ilustrado com narrativas de pacientes que apresentavam distintos quadros álgicos crônicos.

Descrição dos padrões de convívio com a dor

Os padrões de convívio com a dor foram desenvolvidos considerando-se a necessidade de compreender melhor como os pacientes conviviam com suas dores crônicas de modo a auxiliar na escolha de condutas mais próximas à demanda de cada paciente.

Padrão caótico

Neste padrão (Figura 8.1), o indivíduo tem dificuldade em discriminar sua própria "identidade" (Eu) da experiência dolorosa. É comum ele falar pouco sobre si mesmo; seu interesse maior consiste em discorrer sobre o seu sofrimento álgico. A identificação do paciente com o quadro de dor desestabiliza sua identidade, que passa a ficar subjugada ao papel de sofredor crônico.

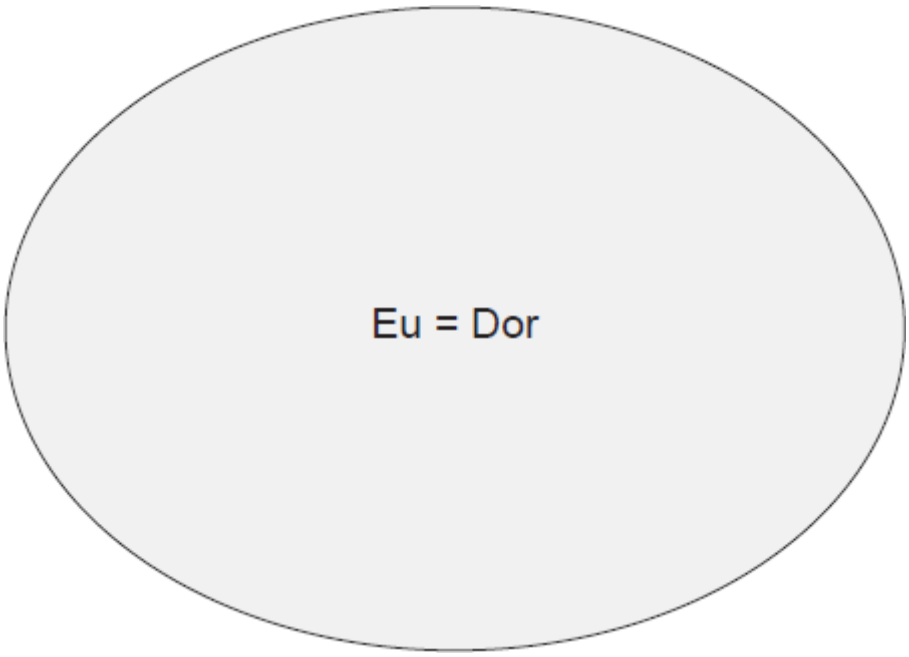


Figura 8.1 Representação gráfica do padrão caótico.[17]

"Nos últimos anos, tem sido mais fácil falar da minha dor do que de mim. Aliás, fico me perguntando se eu não me transformei nesta dor. Acho que não resta mais nada daquela mulher que eu era. Você perguntou o meu nome, eu me chamo lombalgia!" (sexo feminino, 37 anos).

Percebe-se, nessas circunstâncias, que o paciente quer falar a todo o momento sobre a sua dor e contar detalhadamente como ela surgiu, o que evidencia a dificuldade de narrar sua história de vida de maneira mais ampla, desvinculada da condição de sofrimento. Enquanto na literatura sobre doenças crônicas a doença costuma ser vista pelo doente como um não eu,[18,19] aqui ocorre o processo inverso, ou seja, a dor torna-se o próprio eu do paciente. Quando o indivíduo se refere a outras situações do presente ou do passado, que não estejam diretamente ligadas ao quadro álgico, ele procura fazer algum tipo de associação para demonstrar sua infelicidade ou caracterizar que a sua dor, de fato, é o pior problema que já teve.

À medida que a dor parece controlar o corpo do paciente, a consciência corporal também fica prejudicada, a atenção encontra-se totalmente focada na região que apresenta o desconforto álgico, toda a sensibilidade e preocupação gira em torno da dor.

A parte do corpo que dói torna-se objeto de cuidado, e o indivíduo, imbuído da noção de que o corpo é uma máquina – compreensão derivada do modelo biomédico –, parte em busca de medicações e intervenções cirúrgicas que repararem o mau funcionamento do organismo. Prevalece a expectativa de cura, os pacientes esperam realizar quaisquer procedimentos ou ingerir medicamentos que estejam diretamente ligados à amenização ou remissão de seu quadro álgico.

Nesse sentido, aguardam que medicações, eletroestimulação (estimulação nervosa transcutânea), bloqueios e infiltrações os curem, ou seja, ficam na expectativa de intervenções externas, e o autocuidado restringe-se a comportamentos que evitem maior desconforto, ficando, portanto, focalizado apenas na região que dói.

Percebe-se a presença de postura mais passiva, visto que, espontaneamente, o indivíduo não cuida do próprio corpo. Ele se sente incapaz de desenvolver atitudes e estratégias pessoais de enfrentamento, passa a desenvolver com maior

empenho o papel de paciente em contraste com a rede de papéis que desenvolvia anteriormente no âmbito social.

PRODUTOS http://livros.scielo.org/produtos/ Cod Id: 16147705

Assim, a autoestima perde espaço para o papel de sofredor. Só a dor tem o poder de mobilizar o paciente para ações específicas no dia a dia.

"Minha vida tem sido vir e voltar do hospital, já não saio mais com amigos ou vou a festas. Qual o sentido de ver os outros se divertindo e eu cheia de dor? Agora não dá, só quando a dor passar. Não dá para fingir que não estou sofrendo, nada me distrai da dor" (sic) (sexo feminino, 27 anos).

É comum a sensação de inutilidade e desvalorização das próprias capacidades, prevalecendo a impotência diante do maior infortúnio: a dor. Com frequência, ela é considerada a responsável pela autodepreciação e baixa autoestima.

Em geral, as atividades sociais ou de lazer estão suspensas e o dia a dia transcorre em função de cumprir com as recomendações e condutas terapêuticas prescritas pela equipe médica.

O paciente espera que a equipe que o assiste lhe forneça um remédio mágico, capaz de eliminar o seu desconforto de uma vez e, portanto, deposita suas últimas esperanças nos profissionais que o estão assistindo. Nota-se o poder da narrativa médica sobre ele, ele aguarda que a equipe dê explicações para o seu problema, coloca-se em posição de submissão e espera que, principalmente o médico assuma o papel de cuidador.[20]

"Eu tenho certeza que o doutor me passou o melhor remédio e que logo, logo vou sarar. Tenho feito tudo como ele mandou!" (sic) (sexo feminino, 54 anos).

Caso o indivíduo note que a sua dor não está melhorando tão rapidamente quanto esperava, começa a fazer uso de modelos explicativos próprios e conclui que a medicação, na verdade, só está fazendo mal para o seu organismo assim, pode deixar de tomá-la com regularidade.

Percebe-se que a não adesão ocorre com mais frequência nos tratamentos coadjuvantes, principalmente quando requerem esforço físico. Acredita-se que essas condutas podem vir a aumentar o sofrimento álgico.

"Eu quero remédios. Não entendo como os exercícios podem diminuir minhas dores se, ao fazê-los, sinto dor. Eu não conto que não faço. Faço isso para o meu próprio bem. Não quero encrenca." (sexo feminino, 34 anos).

Relatos, como o descrito anteriormente, são comuns entre os pacientes quando as condutas médicas indicadas se contrapõem às práticas e crenças populares sobre a saúde e o bem-estar. Percebe-se que existem teorias leigas que sustentam o comportamento, derivadas ou não do discurso da equipe, principalmente quando o que é proposto coloca o indivíduo em uma posição de vulnerabilidade ou desestabiliza seu conceito de bem-estar.[20] Assim, o paciente questiona e/ou não aceita o tratamento proposto quando ele não consegue associá-lo diretamente à diminuição da dor. Suas expectativas, em geral, estão baseadas no modelo biomédico; os tratamentos precisam mostrar com clareza a relação entre causa e efeito. A narrativa a seguir ilustra a crença comum, entre os pacientes, de que o esforço físico pode intensificar a dor.

"Eu falei para o doutor que eu não estava precisando fazer ginástica (sessões de fisioterapia). Onde já se viu? Eu tenho dor e ele me manda fazer exercício! Acho que ele quer fazer um teste para ver se dói mesmo, porque quando a gente tem dor tem que deixar a parte que está doendo descansar. Todo mundo sabe disso. Quando a gente está doente não se pode fazer esforço!" (sic) (sexo masculino, 37 anos).

Em alguns momentos, quando não responde às prescrições ou condutas indicadas surge o sentimento de culpa e a necessidade de omitir da equipe o não cumprimento; o paciente teme ser punido ou desacreditado pelos profissionais, caso conteste o tratamento.

Muito embora o indivíduo possa não seguir as orientações médicas, ainda predomina o desejo de ser o paciente ideal para não decepcionar os profissionais de saúde, receia-se que a equipe desista de assisti-lo, alguns chegam a fingir que melhoraram.

"Eu não estou me sentindo bem depois do bloqueio, mas não disse nada para o médico. Ele é tão bonzinho, não queria decepcioná-lo, vai que ele desiste de mim!" (sic) (sexo feminino, 57 anos).

A dor é o veículo de comunicação do paciente consigo e com os outros, transmitindo desespero (nível de ansiedade elevada) devido ao medo de continuar a sofrer.

"Fico pensando até quando isto vai continuar! Será que um dia eu vou melhorar? Tenho medo de sofrer ainda mais. O que vai ser do meu futuro?" (sic) (sexo feminino, 34 anos).

Essa incerteza a respeito do futuro e o receio de sofrimento prolongado são frequentemente mencionados em estudos qualitativos sobre doenças crônicas.[19,20]

O indivíduo sente a necessidade de ser acreditado no seu sofrimento por todos que o cercam (familiares, amigos e profissionais da saúde) e, para tanto, muitas vezes exacerba, de maneira consciente ou inconsciente, seu infortúnio. Ele pede ajuda explicitamente e quer mobilizar, pelo seu desespero, o apoio de seus familiares e amigos no sentido de obter atenção, cuidado e incentivo para seguir os tratamentos propostos.

Os pacientes têm necessidade de obter a aprovação social para exercerem o papel de doentes e assim se isentarem de obrigações, evidenciando que a maneira como irão se comportar depende do consenso entre eles e aqueles que os cercam sobre a noção do que é estar doente, o que evidencia que o adoecimento pode ser compreendido também como um processo social.[19,20]

Em alguns momentos, a necessidade de provar, a qualquer custo, que a dor é real alcança proporções desmedidas, sem que o sofredor se dê conta disso, provocando a dúvida da dramaticidade de tal desconforto.

"Outro dia, minha mãe me perguntou se eu não estava exagerando, porque eu não tentava dar a volta por cima, ela não percebe que não estou fingindo. Precisaria estar muito louco para gostar de brincar que tenho dor!" (sic) (sexo masculino, 24 anos).

Do ponto de vista cognitivo, os pensamentos e ideias giram em torno da cura, existindo a busca sistemática por um tratamento que seja eficiente. Queixam-se da falta de controle sobre a dor, mas não são capazes de associar elementos que interferem na percepção do quadro álgico. Existe apenas a certeza de que a dor incomoda e que, às vezes, ela varia de intensidade, tornando-se insuportável.

"Sei que tem horas que a minha dor é forte demais. Quero ficar sem dor, mas não sei por que ela aumenta tanto!" (sic) (sexo masculino, 34 anos).

Prevalecem ideias de cunho pessimista, na literatura sobre dor esses pensamentos negativos costumam ser compreendidos como disfuncionais e denominados de pensamentos catastróficos.[21,22]

"Minha irmã me convidou para ir à praia com ela, mas achei melhor ficar em casa. Vai que a minha dor piora! Se eu estou aqui corro para o hospital. Não quero arriscar. Em outro lugar podem me medicar errado ou não acreditarem que eu tenho dor. Já viu a confusão que poderia dar. Prefiro ficar quieta para não me prejudicar mais. Parece que quanto mais eu me mexo mais problema aparece" (sic) (sexo feminino, 40 anos).

Nota-se na narrativa anterior que a paciente recusa algo antecipando a possibilidade de sua dor vir a piorar, o que evidencia a presença de fantasias de caráter negativo que inibem a identificação e expressão de seus desejos e interesses. Sua fala não deixa claro se sua vontade era viajar, mas pontua o medo de acontecer algo catastrófico: a dor piorar e não obter o socorro necessário. Os interesses e motivações encontram-se ocultados pela vazão dada a pensamentos negativos.

Em geral, os pacientes ficam suscetíveis a ideias e opiniões alheias, principalmente quando elas reforçam receios próprios.

"Eu estava com medo de fazer o bloqueio e depois que conversei com um outro paciente, que esperava também para fazer o procedimento, minha pressão aumentou tanto que o bloqueio foi cancelado" (sexo masculino, 60 anos).

Quanto ao projeto de vida, há ausência total de qualquer outro interesse ou ação que não esteja relacionada com tratar a dor. O indivíduo mantém a postura passiva, contemplativa, diante da vida, sente-se incapaz de traçar novos objetivos ou retomar os anteriores enquanto seu quadro álgico não desaparece.

"Não consigo pensar em mais nada além dessa dor. Por enquanto minha vida fica parada" (sic) (sexo feminino, 38 anos).

O paciente recusa-se a retomar seu cotidiano, não aceita sua nova situação, ou seja, ele convive com o quadro álgico como uma condição necessariamente provisória, entende que apenas a sua remissão pode levá-lo a retomar o seu dia a dia. Ele quer recuperar sua capacidade anterior, este interesse faz com que não queira se adaptar à condição atual, almeja a cura e, assim, procura ignorar a cronicidade do seu problema tentando tratá-lo como um quadro agudo que necessita de bons medicamentos e procedimentos médicos.

Em síntese, neste padrão a identidade do indivíduo encontra-se absorvida pelo processo álgico e, assim, a dor torna-se o seu eu (Quadro 8.1).

Resumo do padrão caótico.*

- *Identidade:* identidade subjugada ao papel de sofredor. EU = DOR
- *Consciência corporal:* consciência apenas da região que dói
- *Cotidiano:* restrito, voltado para tratamentos. Ausência de atividades que desviem a atenção da dor
- *Afetividade:* desespero (medo de não eliminar a dor) e submissão às condutas médicas (enfrentamento passivo). Delega ao médico o poder de restabelecer a sua saúde, referendando suas explicações, como se ele próprio fosse incapaz de se ajudar
- *Cognição:* pensamentos negativos que tem por foco o sofrimento álgico. O paciente costuma comparar o desconforto álgico com outras situações de intenso sofrimento ou considera que nada equivale ao sofrimento atual
- *Projeto de vida:* interesses e motivações suprimidos pela busca de cura da dor
- *Adesão ao tratamento:* ação voltada a seguir tratamentos, a credibilidade existe enquanto se acredita na cura a curto prazo. Valoriza a prescrição de medicações e de procedimentos cirúrgicos como as melhores alternativas de tratamento. Postura de solicitude (pedido de ajuda).

*Adaptado de Loduca e Samuelian (2009).[1]

Padrão dependência

Percebe-se que a dor não se confunde com a própria identidade do paciente. É como se ele assumisse duas identidades em um mesmo corpo, dependendo do momento: fulano de tal ou "homem doloroso"[d].[23] Pode-se dizer, pelo seu discurso e conduta, que ele entra no consultório como se estivesse de mãos dadas com a dor. O paciente estabelece relação de dependência com o processo álgico; o seu Eu varia de acordo com a manifestação e intensidade da dor que o acomete (Figura 8.2). Fala característica nesta fase:

"*Eu estou bem, mas quando ela vem (dor) eu não consigo fazer mais nada!*"

VENDEDOR APOSTILASMEDICINA@HOTMAIL.COM
PRODUTOS http://lista.mercadolivre.com.br/_CustId_161477952

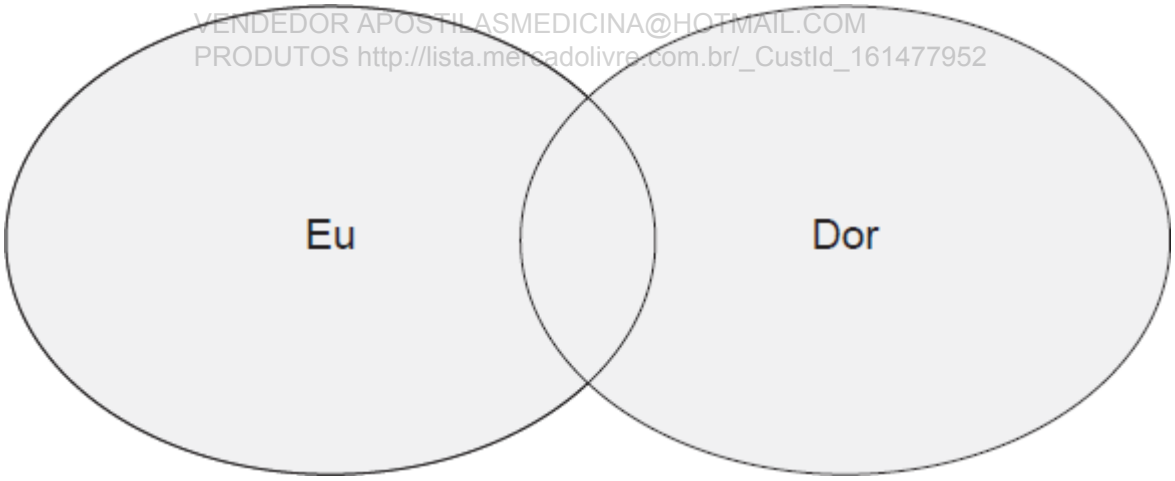


Figura 8.2 Representação gráfica do padrão dependência.[17]

A experiência de convívio com a dor, de maneira didática, assume dois sentidos na vida dos pacientes: obstáculo ou ganho.

Obstáculo. Percebe-se que o paciente exerce atividades diárias enquanto seu sofrimento álgico permite. Há momentos de total paralisação ou desistência de ações, nos quais a dor o impede de exercer atividades diárias, tornando-se assim, por vezes, um obstáculo intransponível.

"Eu parei de estudar por causa da dor, mas estou pensando em voltar o ano que vem" (sexo masculino, 29 anos).

Ganho. Muitas vezes, receber atenção, afeto, cuidado de familiares ou amigos torna-se um ganho secundário, o que é atraente para o doente. O caso de M. ilustra com clareza essa situação. Casada há vários anos, mãe de cinco filhos, vivia ocupada com afazeres, dividindo ainda o seu tempo entre cuidar de netos e ajudar na granja do marido. Seu cotidiano era assim, até que em determinados momentos adoecia por um motivo ou outro e acabava se submetendo a cirurgias:

"Sabe que eu tenho um enxoval para internação? Sempre que eu ganho uma camisola ou calcinha nova, eu guardo porque vivo doente e não quero ser pega de surpresa, caso precise internar novamente (¼) É engraçado, mas quando adoeço todos os meus filhos vem me ver e uma das minhas noras, que nunca me dá atenção, até faz biscoitinhos para mim" (sic) (sexo feminino, 55 anos).

Certamente nem todos expressam com tanta clareza a necessidade de atenção como M., muito embora ela não tenha a percepção disso. Para outros, esse pedido de atenção não aparece de maneira tão explícita, ou ainda existem aqueles que se utilizam conscientemente do sofrimento álgico como desculpa em função de desejos e interesses pessoais.

"Não estava querendo ir ao show. Preferia ficar em casa com o meu namorado, então disse que estava com muita dor. Eu só exagerei um pouco: estava com dor, mas não era insuportável. Ele ficou comigo, não ficou chateado. Estava preocupado, não suporta quando eu sofro. No fundo foi bom me proteger, a dor podia piorar de verdade no show" (sic) (sexo feminino, 23 anos).

Em relação à consciência corporal, à medida que o paciente se percebe como alguém que não se restringe a uma dor, também reconhece que o corpo não se resume à região que dói, mas o interesse por outras partes do corpo só ocorre quando elas se apresentam desconfortáveis por causa da tensão muscular constante ou quando são extremamente exigidas para compensar a região dolorida.

Nota-se que o indivíduo procura desviar a atenção para outros interesses, além da dor, mas não consegue fazê-lo por muito tempo. A autoconfiança está condicionada à intensidade da dor, portanto, o paciente acredita que não tem muito controle dessa situação. A dor dita ordens e isso faz com que, em momentos de intensa algesia, ele se sinta impotente e inútil.

"Eu já estava me sentindo mais forte, mais eu mesmo, mas não durou muito e voltei a ficar paralisado pela dor" (sic) (sexo masculino, 33 anos).

Apresenta oscilações de humor entre estados de ansiedade e depressão na proporção em que se sente tolhido e aprisionado à própria dor e essas mudanças interferem nos relacionamentos.

O sofredor procura tornar-se mais ativo, tentando enfrentar a dor, mas ainda prevalece a esperança de que o outro, principalmente o médico, as medicações consumidas ou Deus irão resolver o seu problema.

Ele vivencia a dor como um obstáculo às suas ações e atribui a ela a responsabilidade por suas frustrações no cotidiano.

"Se não fosse esta dor tudo seria diferente: eu poderia estudar e ganhar mais do que ganhava antes. A minha vida seria bem melhor!" (sexo feminino, 46 anos).

O sofrimento álgico pode provocar também um bloqueio afetivo, o indivíduo não pede ajuda, mas se queixa de não recebê-la como gostaria. Sente-se vítima, incompreendido, abandonado ao seu próprio sofrimento. Percebe-se aqui que ele busca ser socialmente reconhecido como doente e, assim, espera do outro o papel de cuidador.[20]

Muitos procuram se isolar ou conter suas emoções, por acreditarem que serão mal interpretados pelos outros.

"Às vezes, percebo que os outros estão cansados de mim. Quando me perguntam como estou e sou sincera, dizendo que estou com dor, vejo o olhar de saco cheio. Acho que as pessoas só são legais quando a gente está bem de saúde ou no começo da doença. Depois elas enjoam de ouvir sempre que você ainda não sarou. Parece que o negócio é fingir, eu evito falar de mim e me sinto só. Ruim, né?" (sic) (sexo feminino, 53 anos).

Essa fala novamente explicita como o adoecimento não se constitui apenas em um processo individual, mas é fruto de uma construção maior que envolve a sociedade e a cultura.[18-20]

Há oscilação entre ideias e pensamentos de cunho pessimista e momentos de esperança e otimismo. Quando otimista, o paciente consegue realizar atividades desvinculadas do sofrimento álgico, pautadas em interesses pessoais.

"Ontem amanheci animado; a dor não era tão forte, então fui comprar uma calça que estava querendo e precisando já fazia um tempo, mas a dor me impedia de ir" (sic) (sexo masculino, 27 anos).

Logo que a dor aparece, em intensidade forte, desaparece toda a disposição, vem o desânimo e a apatia, e o indivíduo esquece e/ou abandona as atividades que vinha desempenhando.

Percebe-se também a tentativa de recuperação da autonomia, ou seja, o indivíduo procura desvincular-se da noção de corpo como o assento da doença e parte para a ação. O corpo pode desempenhar papel contraditório no adoecimento crônico: ele é fonte de limitação (no caso, aprisionamento à dor) e pode ser a fonte de engajamento no cotidiano. Assim, o paciente vive o dilema entre render-se à doença ou retomar a vida o mais normal possível. Apesar de ele identificar que, às vezes, a dor se intensifica quando se encontra tenso, preocupado ou aborrecido, não compreende de que modo reconhecer isto pode ajudá-lo a manejar o quadro álgico.

Começam a aparecer promessas de vida para os próximos anos, como se no ano seguinte tudo pudesse vir a ser diferente. Ainda existe a expectativa de retomar o cotidiano quando a dor sumir, mas já aparecem planejamentos, caso a dor apresente uma intensidade mínima, o que marca o início da consciência de que talvez ela não vá desaparecer por completo (cura) e, portanto, ele terá de conviver com o desconforto por um período indeterminado.

"Eu já começo a achar que ficar sem dor nunca vai acontecer, mas se um dia ela se tornar mais suportável, eu estava pensando em voltar a estudar, fazer um curso de computação e batalhar por trabalho" (sic) (sexo feminino, 35 anos).

De modo diferente do padrão caótico, o indivíduo começa a fazer planos de acordo com seus interesses e motivações, mas não existe o compromisso de cumprir com os planejamentos feitos, caso a dor não melhore. É comum o paciente usar o seu prognóstico como desculpa para a sua falta de empenho e, assim, faz e refaz promessas que nunca chegará a cumprir.

Nesse sentido, a dor é vista como um outro que compartilha o mesmo corpo e o indivíduo vai agir de acordo com a identidade de saudável ou a de doente, dependendo da intensidade e tolerância ao quadro de dor. Neste padrão, o paciente permanece em uma postura de vítima do sofrimento álgico (Quadro 8.2).

Resumo do padrão dependência.*

- *Identidade:* identidade fragilizada pela intensidade da dor. EU + DOR – relação de dependência
- *Consciência corporal:* consciência da região que dói e outras partes do corpo tensas quando tem dor
- *Cotidiano:* retomada de interesses e de atividades enquanto a dor permite
- *Afetividade:* depressão e ansiedade se alternam em função do impacto da dor no cotidiano e essa oscilação ou instabilidade de humor interfere nos relacionamentos. É comum que o indivíduo se sinta vítima, incompreendido pelos demais
- *Cognição:* ideias e pensamentos otimistas e pessimistas oscilam de acordo com a intensidade da dor e a sensação de conseguir ou não seguir com seu ritmo de vida
- *Projeto de vida:* planos que não se realizam em função da dor
- *Adesão ao tratamento:* engajado no tratamento enquanto percebe progressiva melhora do quadro de dor. Quando a dor piora ou estaciona vem o desânimo e o descrédito em relação ao tratamento seguido, diminui a confiança na equipe.

*Adaptado de Loduca e Samuelian (2009).[17]

Padrão repulsa

O paciente reconhece seus próprios interesses e desejos e a dor torna-se um obstáculo que precisa ser eliminado a qualquer custo, o grande inimigo. Existe uma recusa a aceitar que a dor está dentro do corpo, o indivíduo quer, a qualquer custo, arrancá-la de si.

Fica claro que a dor representa uma ameaça à identidade do indivíduo e ele mobiliza quaisquer recursos para combatê-la, estabelecendo, assim, uma atitude de repulsa ao quadro álgico. Percebe-se, pela Figura 8.3, que a dor é vista como um inimigo de igual tamanho. Ele sente que precisa medir forças e mostrar que é capaz de controlar a dor e impedir que ela domine a sua vida, tratando-a como um objeto externalizado – uma coisa.

VENDEDOR APOSTILASMEDICINA@HOTMAIL.COM
PRODUTOS http://lista.mercadolivre.com.br/_CustId_161477952

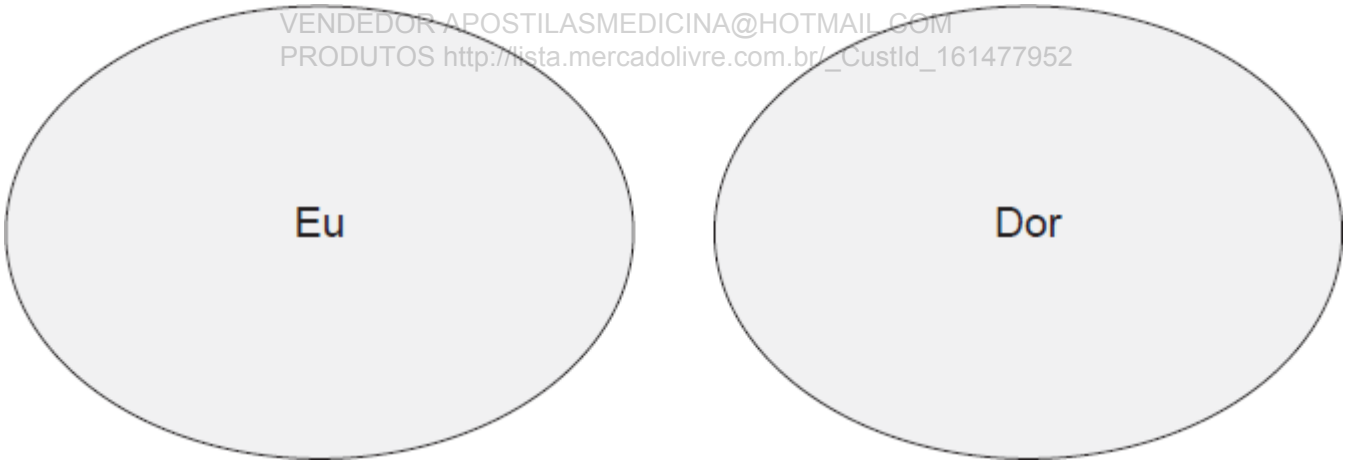


Figura 8.3 Representação gráfica do padrão repulsa.[17]

Ainda que ele se empenhe na luta contra a dor, não consegue manejar esse desconforto, o que o deixa revoltado e com raiva.

"Ela não vai me vencer (dor). Vou mostrar que sou mais forte que ela. Não vou desistir e ficar parada como ela quer" (sic) (sexo feminino, 41 anos).

O desafio, às vezes, assume proporções desmedidas a ponto de o paciente, movido pela raiva, ignorar suas condições atuais, prejudicando o tratamento.

"Não me incomodei com a dor e continuei fazendo o serviço da casa. Precisei tomar mais comprimidos que o de costume. O médico disse que eu não fiz certo, mas não posso fraquejar" (sic) (sexo feminino, 44 anos).

Alguns se utilizam de outras maneiras de combate e, em vez de partirem impulsivamente para a ação e descarregarem a raiva, contêm essa emoção dentro do corpo, passando a rejeitar a parte do corpo afetada.

"Não aguento mais olhar para esta perna! Que bom seria se ela me desse umas férias e sumisse do mapa" (sic) (sexo masculino, 25 anos).

Não aparece preocupação com o autocuidado corporal, apenas quando favorece o combate à dor. Aqui, reforça-se que o adoecimento pode fazer que o corpo doente seja tratado como uma coisa estranha ao organismo e o indivíduo acabe por depreciá-lo.

Quando os pacientes se sentem surpreendidos pela dor, apesar de seus esforços para combatê-la, desenvolvem um processo de negação do corpo, vivendo como se não sentissem dor ou desconsiderassem suas limitações atuais. É comum verbalizarem a vontade de se verem livres do quadro álgico, mesmo que isto implique procedimentos invasivos, que podem provocar algum tipo de sequela, como a perda da sensibilidade ou de funcionalidade da parte do corpo que dói.

"Um médico disse que se eu fizer uma nova cirurgia posso ficar sem dor e eu fiquei animado. Ele disse que eu perderia a mobilidade do meu braço mas eu não me importo, quero apenas ficar sem dor, mesmo que isto implique ficar com o braço aleijado" (sic) (sexo masculino, 30 anos).

Além disso, a autoestima oscila entre altos e baixos, conforme o indivíduo sente que está vencendo ou perdendo para o seu sofrimento álgico. Quando vence, sente-se mais confiante e capaz de tolerar o desconforto e, quando perde, alimenta o sentimento de raiva que pode se voltar contra si mesmo.

"Sinto-me bem quando percebo que, apesar da dor insuportável, fiz o que queria fazer. Quando não consigo fico arrasado! Sinto-me um nada e fico com raiva de mim" (sic) (sexo masculino, 31 anos).

Em relação ao cotidiano, o paciente mostra-se mais ativo, tentando retomá-lo como anteriormente, mas o faz, principalmente, com atividades e/ou ações que deveriam ser evitadas ou limitadas, considerando o quadro de dor. O indivíduo entra em um clima de desafio e negligencia o autocuidado; não se preocupa se suas ações podem aumentar a intensidade do quadro álgico, o importante é não deixar que a dor venha a dominar e/ou interferir em seu ritmo e estilo de vida.

"Sei que não posso carregar muito peso por causa da coluna, mas já que ela dói, mesmo quando eu tomo este cuidado, não quero mais saber. Um pouquinho a mais de dor, considerando toda a dor que eu já sinto, não vai fazer diferença. Pelo menos assim eu não preciso depender da boa vontade dos outros" (sic) (sexo feminino, 37 anos).

Os pacientes costumam assumir um ritmo de vida acelerado. O excesso de atividades diárias conduz à alienação em relação ao corpo, muitos vão retomar a consciência do corpo nos momentos de descanso, geralmente na hora de dormir.

"Ontem tive um dia bem agitado, até me esqueci da dor, mas na hora de dormir ela veio com tudo, só para me infernizar" (sic) (sexo masculino, 66 anos).

Percebe-se que o indivíduo organiza o seu cotidiano com o objetivo de minimizar e/ou de se libertar do domínio da dor, combatendo esse desconforto ou procurando ignorá-lo por meio de reações "maníacas". Assim, ele acaba desenvolvendo uma noção de controle ilusória.

Dias sem dor são um convite a atividade frenética, o que acarreta o agravamento futuro do quadro. Assim, o paciente, ao dar vazão ao sentimento de onipotência, contribui para o aumento da intensidade da dor.[24]

"Vamos ver quem vence, eu ou esta dor. Se ela pensa que vai ser fácil me vencer está enganada, eu sou duro na queda! (ri)" (sic) (sexo masculino, 42 anos).

O indivíduo quer a qualquer custo se ver livre do desconforto álgico. Mostra-se revoltado com a sua condição atual, prevalecendo a irritação, a impaciência e a raiva da dor, que podem se estender para a equipe que o assiste e/ou familiares.

Além da irritabilidade, é comum o aparecimento de sentimentos de desconfiança. Surge a crença de que a equipe ou os familiares estão omitindo o seu verdadeiro diagnóstico; aparecem as fantasias de ser portador de uma doença grave, como o câncer.[25] O indivíduo tem a necessidade de dar sentido à falta de controle e coerência ao sofrimento. Percebe-se que a associação entre sofrimento e gravidade do quadro costuma embasar-se em crenças populares.

"Minha avó sempre dizia que vaso ruim não quebra. E como a minha dor não passa, só pode ser aquela doença ruim que acaba com a gente. Eu devo estar com câncer e não querem me dizer. Não está certo só eu não saber a verdade" (sic) (sexo feminino, 42 anos).

Ou, ainda, os pacientes acreditam que as pessoas estão desmerecendo seu sofrimento e começam a se isolar cada vez mais do contato social. Assim, tendem a se afastar, por acharem que os outros estão sendo negligentes na assistência.

O paciente pode tornar-se negligente, deixando de seguir as condutas terapêuticas indicadas. Começa a achar que os remédios não resolvem e só o deixam dopado. Critica as condutas prescritas, tudo e todos o deixam insatisfeito e o poder da narrativa médica enfraquece.

"Não aguento mais estes remédios e ter que vir ao hospital. Vou dar um tempo já que os médicos não assumem que não sabem como me ajudar ou não querem! Eu me dou alta! Vou viver minha vida até quando der; ou eu mato a dor ou ela me mata" (sic) (sexo feminino, 34 anos).

Nessas circunstâncias, o indivíduo quer negar a qualquer custo a presença da dor. Insiste em ignorar seu sofrimento, excede-se em esforços físicos e só parte em busca de ajuda ou retoma o tratamento quando ela se torna insuportável.

"Eu estava tomando Tegretol e Tryptanol e resolvi parar por minha conta. Cansei de ficar dopado, mas, de repente, a minha dor aumentou muito e eu procurei os médicos de novo" (sexo masculino, 56 anos).

Quando a dor se intensifica, surge o desespero e a busca de alívio para esse desconforto. O paciente segue qualquer tratamento ou ingere qualquer medicação que lhe dê a perspectiva de ficar sem dor. Cabe dizer que esse desespero é movido pela raiva e impaciência, diferente do padrão caótico, em que prevalece o medo e a insegurança. Aqui vale tudo! Muitos partem para tratamentos alternativos: buscam benzedeiras, cirurgias espirituais, ervas etc.

Os pensamentos, nesse padrão, estão direcionados a combater a dor; nesse sentido, o indivíduo contesta, questiona e luta contra esse sofrimento.

"Faço o que for preciso para me ver livre desta dor, não suporto ter que conviver com ela. Não há espaço para nós dois! Já sei que não tem cura rápida, se é que tem cura, mas algum jeito tem que existir. Eu vou ganhar esta parada!" (sic) (sexo masculino, 36 anos).

Se, por um lado, existe a batalha contra a dor, há momentos em que o indivíduo cansa desse conflito e tenta, de qualquer maneira, ignorar o quadro álgico. Percebe-se o predomínio de ideias onipotentes, o sofredor julga que a resistência à dor só é possível se ele tentar negá-la.

"Eu andava fazendo de tudo para me ver livre da dor e, como não adiantou muito eu resolvi que ela que se dane. Não vou mais ficar vivendo como um doente. Faço de conta que ela não existe. Cada vez que dói, eu fico com mais raiva e me sinto com gana. Aí eu não tenho parada, só se ela me travar na cama" (sic) (sexo masculino, 24 anos).

O paciente não percebe que ele próprio pode criar recursos para controlar seu sofrimento álgico; ou move-se pelo sentimento de onipotência: "Eu posso tudo" ou, ainda, deposita a possibilidade de controle desse sofrimento no ambiente externo (p. ex., benzedeiras, cirurgias etc.), existindo pouca perspectiva de autocontrole, quando em dor.

Quanto ao projeto de vida, prevalece a postura de que tudo é válido para se ver livre da dor. Nesse sentido, quando o sujeito retoma as atividades que exercia anteriormente, o faz para desafiar a dor e não por interesse próprio.

"Vou mostrar para esta dor que sou eu que mando e não ela. Não quero mais remédios que me deixem tonta. Voltei à ativa, não sou mais prisioneira da dor" (sic) (sexo feminino, 59 anos).

Percebe-se que o desconforto álgico faz com que o paciente divida o seu corpo em duas partes, ou seja, a saudável (sem dor) combate a parte dolorida, e a última costuma ser tratada como um outro, um inimigo que precisa ser vencido.

O indivíduo busca retomar o cotidiano na tentativa de não se entregar à dor, mas não procura fazer ajustes à sua condição. Trata o corpo como um objeto, um mero instrumento de combate. Nesta batalha, tudo é válido e o sujeito costuma depreciar o poder da narrativa médica uma vez que os tratamentos não foram capazes de consertar o mau funcionamento da máquina corporal (Quadro 8.3).

Resumo do padrão repulsa.*

- *Identidade:* identidade preservada, mas ameaçada pela repulsa à condição de sofrimento. EU//DOR – relação de repulsa
- *Consciência corporal:* negação do desconforto, dificuldade de reconhecer os próprios limites físicos, prioriza a ação (corpo na espreita de um ataque, em geral tenso) em detrimento do cuidado corporal. O autocuidado aparece apenas se for oportuno para combater a dor
- *Cotidiano:* retomada (ou tentativa) de atividades de forma maníaca, desprezando as restrições físicas atuais. Resgatar o ritmo anterior do dia a dia torna-se um desafio e sinal de vitória em relação à dor
- *Afetividade:* raiva/hostilidade; desconfiança e rebeldia nas relações (acredita na negligência ou falta de solidariedade de familiares, amigos e/ou equipe); busca pelo isolamento para se concentrar no seu problema: vencer a dor
- *Cognição:* pensamentos voltados para medir forças com a dor. Presença de ideias onipotentes e de rivalidade com a dor ou em relação a aqueles que o cercam
- *Projeto de vida:* vencer a dor a qualquer custo: confronto direto com a dor para eliminar o sofrimento ou a negação da sua existência
- *Adesão ao tratamento:* questionam o tratamento ou a competência da equipe quando não consideram satisfatórios os resultados que vem obtendo. Podem hostilizar a equipe ou desistir das condutas prescritas. É comum apresentarem baixa tolerância aos efeitos colaterais das medicações expressando irritação em relação a isto. Mostram-se mais críticos e ativos em relação ao seu problema embora não estejam escolhendo as melhores estratégias para lidarem com o quadro álgico. Quando conseguem lidar com o sentimento de frustração por não estarem obtendo a cura e compreendem a necessidade de reabilitação são capazes de elaborar a raiva e se engajarem novamente no tratamento, sentindo-se mais responsáveis no controle da dor.

VENDEDOR APOSTILASMEDICINA@HOTMAIL.COM
PRODUTOS http://lista.mercadolivre.com.br/_CustId_161477952

*Adaptado de Loduca e Samuelian (2009).[17]

Padrão integração

Neste padrão, o indivíduo é capaz de reconhecer que a dor está dentro dele e que, enquanto estiver, faz parte de si, no entanto, não ocupa a maior parte ou toda a dimensão do seu Eu, conforme pode ser observado na Figura 8.4.

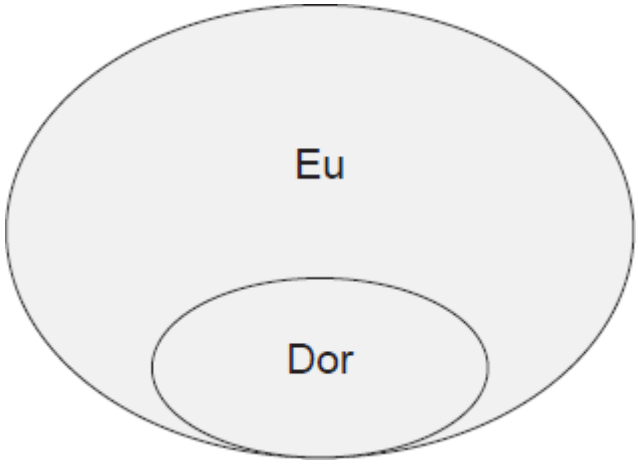


Figura 8.4 Representação gráfica do padrão integração.

Em geral, o paciente esforça-se para manter a dor sob controle; ao mesmo tempo em que procura seguir as condutas terapêuticas indicadas, faz uso de recursos próprios para enfrentar o sofrimento álgico.

"Eu tenho tomado os remédios, mas também me cuido. Quando percebo que estou muito tensa, procuro fazer algo para relaxar ou me distrair. Acho que estou aprendendo a conviver com esta dor" (sexo feminino, 36 anos).

Em relação ao corpo, a consciência corporal está mais ampla, ou seja, ela não se restringe à região que dói, mas ao corpo como um todo. O autocuidado não ocorre apenas para diminuir a dor, mas é realizado no corpo inteiro em busca de bem-estar; pode-se dizer que o cuidar de si mesmo começa a aparecer de maneira espontânea, ao contrário dos outros padrões.

"Comecei a fazer um curso de dança para exercitar um pouco o meu corpo, sem contar que me distrai e eu adoro dançar! Percebi que meu corpo todo precisa relaxar e não só a minha mão" (sic) (sexo feminino, 41 anos).

Além disso, a sensação de dor ou a possibilidade de ela vir a aumentar de intensidade não interfere, de maneira negativa, no relacionamento do paciente consigo mesmo e com aqueles que o cercam.

"Eu sei que quando esfria muito (tempo), minha dor aumenta. E já percebi que ficar de mau humor não resolve o meu problema, pelo contrário, eu acabo me indispondo com a minha família e no fim das contas acabo sentindo mais dor (…) Quando dói mais, procuro relaxar e, se estou ficando irritada, me afasto para não descontar em quem não tem nada a ver com isto" (sic) (sexo feminino, 27 anos).

Em relação à equipe médica, os pacientes não procuram ser atendidos todas as semanas, comparecem ao retorno marcado e, quando vêm, são capazes de falar como foi o convívio com a dor e, somando-se a isto, identificam elementos que interferem no aumento da intensidade do quadro álgico, sendo capazes de admitir quando, por descuido, favoreceram uma crise ou piora.

"*Para ser sincera, eu abusei um pouco esta semana. Peguei muito peso porque estava mudando de casa e cheguei inclusive a esquecer de tomar os remédios. Aí a dor veio com tudo! Eu já previa que depois dessa não ia escapar de uma crise de dor*" (sic) (sexo feminino, 29 anos).

O indivíduo assume uma postura mais ativa em relação ao tratamento deixando de depositar no médico, nos remédios ou em Deus toda a responsabilidade pelo seu prognóstico. Ele não deixa de confiar no auxílio externo, mas passa a entender que ele também precisa fazer algo para estabelecer maior controle sob o processo álgico.

"Durante muito tempo eu cobrei dos médicos, e até de Deus, melhorar esta dor. Eu fazia tudo o que os médicos mandavam e rezava sempre. Não me conformava de não melhorar. Hoje eu entendo que eu também preciso ajudar para esta melhora acontecer. Percebi que reumatismo não tem cura mesmo e que quando eu estou nervosa minhas dores aumentam" (sic) (sexo feminino, 52 anos).

A dor não é utilizada como desculpa para evitar situações que o indivíduo não deseja participar, ou como meio para chamar a atenção ou obter vantagens nos relacionamentos interpessoais.

"Quando estou com dor muito forte, não desconto nos outros. Quando dá, não recuso convite para sair. Mas se percebo que não vou ser uma companhia agradável prefiro ficar em casa" (sic) (sexo masculino, 46 anos).

O paciente procura manter seu convívio com a dor, à medida do possível, como uma experiência privada, evita que ela se transforme em um evento público capaz de prejudicar seus relacionamentos interpessoais. Aparece nesse padrão o conflito central no adoecimento crônico: ter uma doença crônica sem se tornar um doente crônico. Como viver em um mundo de pessoas saudáveis e se sentir saudável tendo dor?

"Hoje eu entendo que ninguém tem culpa por eu ter uma dor que não quer me abandonar. Sempre reclamava da falta de atenção e preocupação da minha família quando se tratava da minha dor. Quando dói um pouco mais, procuro relaxar. Antes eu ficava andando pela casa, esperando que alguém fizesse alguma coisa. Hoje eu sei que além do remédio eu sou a pessoa que mais posso me ajudar" (sexo masculino, 64 anos).

São despendidas menos horas em busca de tratamentos, procurando, assim, retomar o cotidiano com maior empenho. O indivíduo sente-se livre da condição de sofredor e reassume outros papéis, que estavam suspensos ou restringidos pelo papel de doente, ou ainda se apropria de novas funções.

Qualquer atividade que ele venha a realizar não está desvinculada de autocuidado, procura-se evitar a transgressão de limites próprios.

> "Aprendi que bancar a boazinha o tempo todo, sempre pronta a ajudar os outros, tem um preço muito alto e eu não estou querendo mais pagar. Hoje sei dizer não e não me sinto culpada porque lembro que não quero me sentir doente novamente" (sic) (sexo feminino, 28 anos).

O paciente é capaz de reconhecer que o controle da dor não depende apenas do ambiente externo (médicos, procedimentos, medicamentos…), mas também depende, de maneira significativa, da utilização de recursos internos.

> "A dor me ensinou que a gente tem que cuidar do corpo sempre, para evitar desenvolver uma dor como eu desenvolvi. Eu não espero mais ela ficar terrível para tentar de tudo para aliviá-la. Tenho feito relaxamento regularmente e sabe que as minhas crises de enxaqueca diminuíram!" (sic) (sexo feminino, 47 anos).

A dor e o sofrimento associado deixam de ser o foco dos pensamentos do paciente. Percebe-se que ele volta a se interessar pela construção de um projeto de vida, e isto não quer dizer um retorno à vida anterior ao adoecimento.

> "Já não posso mais ser policial, quando eu pensava nisto, antes, ficava desesperada e com pena de mim. Hoje eu sei que não adianta ficar só me lamentando e estou pensando em fazer uma faculdade. Acho que vou prestar para Psicologia, que é uma área que sempre me interessou, mas nunca tentei porque tinha o sonho de ser policial. Quando consegui, acabei me acidentando e tendo que abandonar meu sonho" (sic) (sexo feminino, 29 anos).

O paciente apresenta interesses e motivações que pareciam adormecidos em função da dor e procura adaptar hábitos e comportamentos construindo um novo estilo de vida; surgem novas expectativas e planejamentos para um futuro próximo.

Ele reconquista o domínio sobre a própria vida, reintegra o corpo que deixa de ser tratado como um outro indesejável e, assim, é capaz de retomar a autonomia para reconstruir seu projeto de vida.

Quando consegue dar um significado à sua experiência, o paciente é capaz de recuperar a autoestima e estabelecer controle sobre os sintomas físicos.[26] Nota-se que ele procura seguir os tratamentos propostos, mas o poder de restabelecer sua saúde deixa de ser externalizado, principalmente para o médico e torna-se responsabilidade pessoal que pode vir a contar com o auxílio externo.

Os pacientes, nesse padrão, precisam refazer seu estilo de vida, diminuindo expectativas e desenvolvendo novas normas de ação. Eles começam a se dar conta de suas limitações e percebem que isso não os impede de estabelecer novos projetos ou realizar o que pretendem, mesmo que nem sempre isto corresponda ao idealizado (Quadro 8.4).

Resumo do padrão integração.*

- *Identidade:* identidade não é ameaçada pela dor, esta é reconhecida como uma sensação desagradável dentro do corpo que não é capaz de interferir na integridade psíquica do indivíduo. EU (dor) – procura se acomodar à dor
- *Consciência corporal:* fortalecimento da consciência corporal e presença espontânea de autocuidado
- *Cotidiano:* retomada do cotidiano fazendo as adaptações necessárias
- *Afetividade:* a dor deixa de ser a intermediária na relação do indivíduo consigo e com os outros. Ele reassume papéis anteriores que estavam suspensos ou incorpora novos papéis que favorecem a qualidade de vida, deixando de lado o papel de doente (vítima ou rebelde)
- *Cognição:* pensamentos não têm a dor como foco. As ideias e crenças do indivíduo refletem interesses e motivações genéricas associadas a sua história de vida
- *Projeto de vida:* mudança de hábitos e construção de novo estilo de vida. Ele integrou a dor ao seu cotidiano e se utiliza de estratégias de enfrentamento de acordo com a sua necessidade
- *Adesão ao tratamento:* segue o tratamento proposto, reconhece que apenas a obediência às condutas propostas não conduz a cura/reabilitação. Identifica elementos estressores e procura evitá-los no dia a dia e se não é possível tenta recompensar com a utilização de estratégias de enfrentamento, principalmente técnicas de distração e relaxamento. Sente-se responsável pelo seu bem-estar e apresenta participação ativa no tratamento.

*Adaptado de Loduca e Samuelian (2009).[17]

Cabe dizer que os pacientes podem apresentar reações comuns a mais de um padrão ao mesmo tempo, mas percebe-se que há sempre uma maneira de lidar com o quadro álgico crônico que acaba prevalecendo sobre as demais.

Do ponto de vista dos profissionais de saúde, a descrição dos padrões, além de aproximá-los do convívio do indivíduo com o seu quadro de dor, possibilita a identificação de condutas que poderiam beneficiar a assistência e tornar o tratamento mais próximo da realidade de cada um.

Na sequência, serão discutidas condutas, levando-se em consideração o padrão de convívio com a dor, que têm sido aplicadas por uma equipe interdisciplinar, ao longo desses anos, e têm facilitado a adesão aos tratamentos propostos e a efetividade do trabalho realizado pelos profissionais.

Intervenções possíveis de acordo com cada padrão

Refletindo um pouco sobre cada padrão descrito, percebe-se que determinadas condutas ou ações, quando assumidas pela equipe, podem favorecer o paciente a aprender a lidar com o quadro álgico de uma maneira menos antagônica. As

intervenções descritas a seguir podem ser aplicadas a todos os padrões, mas o autor acredita que as sugestões dadas para cada padrão podem ser o alicerce para um tratamento em consonância com as necessidades de cada pessoa.

Padrão caótico

Um dos primeiros passos para assistir um indivíduo que se encontra no padrão caótico consiste em dar credibilidade à sua queixa. Confirmar ao paciente que o que sente é real não significa reforçar o seu papel de sofredor, mas conquistar sua confiança e aceitar a sua percepção. À medida que a equipe é capaz de identificar e traduzir para o indivíduo aquilo que ele não está conseguindo expressar, por estar em uma relação de indiferenciação com a dor, o desespero começa a diminuir e a dor vai deixando de ser o grande dominador de sua vida.

Neste padrão, é importante orientar o paciente sobre o tratamento, independentemente do tempo de convívio com a dor que ele tenha, ou seja, não é porque tem dor há mais de 4 anos e já seguiu vários tratamentos que não precisa de orientações. O fato de uma pessoa estar nesse padrão mostra a necessidade de auxiliá-la a compreender que o processo de *cura* (o grifo é nosso) de uma dor crônica pode ser prolongado e requer comprometimento mais ativo. É necessário quebrar com a expectativa de que a dor desaparecerá de imediato, ao ingerir os primeiros comprimidos. Além disso, informar sobre a ação e possíveis efeitos colaterais do(s) remédio(s) é fundamental para que o paciente não estranhe a medicação prescrita ou se assuste, caso venha a sentir algum desconforto. Quando um indivíduo está a par da finalidade do remédio pode diminuir as fantasias ou a sensação de que talvez a equipe não esteja assistindo-o como deveria.

A introdução de tratamentos coadjuvantes (fisioterapia, terapia ocupacional, psicologia) também requer que o paciente seja orientado sobre a necessidade dessas assistências para que ele comece a entender que há outros recursos, além do remédio, que poderão auxiliá-lo, isto não quer dizer que entenderá rapidamente. A finalidade desses tratamentos deve ser recordada, sempre que possível.

É preciso que o sofredor sinta que a equipe que o assiste é sua aliada, mas que não é a única responsável pela efetividade ou não do tratamento. O paciente tem a tendência a delegar aos profissionais que o assistem, principalmente aos médicos, toda a responsabilidade pelo resgate de um estado mais saudável. Com o intuito de evitar isso, deve se apontar, sempre que possível, que indivíduo precisa valorizar mais as capacidades de que dispõe, e que se continuar como está a dor continuará dominando seu cotidiano. Paciência e perseverança são importantes durante o tratamento e a equipe deve lembrá-lo a todo o momento disso. Muitas vezes, pelo desespero, ele acata rapidamente as orientações do profissional, considerando-as ordens a serem seguidas, o que se constitui em um momento oportuno para estimulá-lo a se tornar mais ativo no tratamento, bem como para orientá-lo a realizar outras atividades que estejam desvinculadas do papel de eterno sofredor, característico nesse padrão.

Retomando, o profissional deve mostrar que acredita no sofrimento do paciente e deve ajudá-lo a se diferenciar do quadro álgico, e auxiliá-lo no resgate de sua identidade.

Padrão dependência

Considerando que nesse padrão o indivíduo mantém uma relação de dependência com a dor, a equipe deve estar atenta ao quanto ele tem conseguido realizar atividades, além das exigidas pelo tratamento. É importante incentivá-lo a continuar retomando seus interesses ou assumindo novas atividades no cotidiano, ainda que ele se sinta enfraquecido quando a dor assume intensidade intolerável.

É comum o paciente desanimar quando não consegue se desvencilhar da dor e os profissionais precisam ajudá-lo a entender que o tratamento não é linear e, portanto, o indivíduo terá momentos em que se sentirá melhor e outros em que terá a sensação de que nada mudou e que, quanto mais ele desanimar ou ficar ansioso, maiores serão as probabilidades de manutenção ou agravamento do quadro álgico.

Cabe apontar ao paciente quando há presença de comportamentos de dor que se mantém, mesmo quando em analgesia, o que evidencia o esforço desnecessário de partes do corpo que contribuem para o acréscimo da tensão corporal e, consequentemente, para o aumento da percepção da dor. Exercícios físicos e sessões de relaxamento devem ser propostos com o intuito de aumentar a consciência corporal, além de favorecer a diminuição do tônus muscular, o que também pode contribuir para que ele se sinta mais autoconfiante e menos incapacitado fisicamente.

Existe uma tendência do paciente a se colocar no papel de vítima e a equipe deve ter cautela para não reforçar essa postura nem cair no extremo oposto desconformando o seu sofrimento ou banalizando suas queixas. É importante compartilhar com o indivíduo que, de fato, não é fácil ter de conviver com uma dor crônica, mas que, se ele não procurar reagir, deixar-se-á sucumbir a ela.

Em síntese, é preciso estimular o paciente a retomar atividades e interesses, impossibilitando que a dor se transforme no eixo central da sua vida, e ajudá-lo a fortalecer seus recursos de enfrentamento.

Padrão repulsa

O indivíduo procura medir forças com a dor e os pacientes que se encontram nesse padrão são os mais difíceis de serem assistidos, uma vez que se mostram rebeldes e desconfiados em relação ao tratamento.

É importante ressaltar as consequências que o indivíduo pode sofrer, caso insista em ultrapassar seus limites atuais, procurando combater a dor a qualquer custo. Alertá-lo não significa que automaticamente ele vai cair em si e resolver se

preservar, mas pelo menos terá de se responsabilizar por seus atos deixando de culpar os outros, principalmente a equipe ou o tratamento pela piora de seu quadro álgico.

VOCÊ TEM RESPONSABILIDADE SOCIAL E AMBIENTAL?
PODE ESTAR ILEGAL! Lista.mercadolivre.com.br/_CustId_161477952

É comum a reação de intolerância dos profissionais ao perceberem que o paciente não está seguindo adequadamente o tratamento ou quando questiona, a todo momento, as condutas prescritas. A equipe sente-se checada quanto à sua competência e, apesar dessa impressão aparente, no fundo, o indivíduo quer extravasar sua frustração e raiva por não estar conseguindo desvencilhar-se da dor e busca um culpado para o seu sofrimento.

À medida que os profissionais se dão conta de que a raiva do paciente nada mais é do que uma reação, levada às últimas consequências, à condição de estresse provocada pela presença de uma dor crônica, podem evitar o estabelecimento de uma relação de confronto e hostilidade com ele.

A equipe deve lembrá-lo que está ali para ajudá-lo, mas, se o próprio paciente não se cuidar adequadamente, não será ela que poderá fazer isto por ele. É oportuno compartilhar com o indivíduo o quanto o profissional sente-se impotente e solitário, procurando auxiliar alguém que pelas atitudes que vem adotando não parece querer ser ajudado. Tentar resgatar a sua confiança e estimulá-lo a não perder as esperanças são tarefas essenciais para os profissionais reverterem as atitudes de resistência, rebeldia e desconfiança em relação à assistência prestada.

Se, por um lado, nesse padrão encontram-se aqueles que questionam o tratamento ou a equipe, existem também os que ignoram a sensação de dor ou os limites impostos por essa experiência. Pode-se pensar como se o indivíduo estivesse em "mania", ele tenta mostrar que está cheio de energia para impedir que a dor interfira no seu estilo de vida, mas na realidade está sendo impulsionado pela raiva e inconformismo com a manutenção do quadro de dor.

Quando o paciente assume a postura de "lutador persistente", muitas vezes, a equipe se ilude a princípio considerando que ele está seguindo um caminho extremamente positivo impedindo que a dor domine o seu dia a dia, mas o que acontece não é o enfrentamento saudável da experiência dolorosa, e sim a negligência e transgressão de limites corporais que teriam de ser respeitados para uma melhor resposta ao tratamento. É comum que o discurso não manifeste irritabilidade, mas euforia ante a possibilidade de medir forças com a dor e a sensação de que nada poderá detê-lo. Nestas circunstâncias, não resolve chamar a atenção do paciente sobre a inadequação da sua postura, quando isto é feito ele pode se irritar com o profissional, intensificar o seu comportamento, passando a aderir menos às terapêuticas recomendadas. Facilita consentir que ele se comunique livremente sobre a sua batalha contra a dor, isto funciona como descarga emocional e, ao mesmo tempo, ele pode começar a reconhecer contradições no seu discurso, momento este que deve ser aproveitado pelo profissional para fazer um panorama da situação ajudando-o a reconhecer o sentimento de frustração ou a dificuldade de lidar com a raiva/hostilidade diante de suas condições atuais, tanto clínicas quanto do ponto de vista psicossocial. Quando ele reconhece a raiva camuflada, faz a descarga necessária e identifica o seu sentimento de frustração, consegue perceber o quanto estava vulnerável e corria o risco de prejudicar mais o seu quadro clínico atual.

O reconhecimento e a possibilidade de descarga de emoções e sentimentos negativos, assim como a elaboração de perdas advindas com o convívio com a dor, possibilitam que o paciente vivencie o processo de luto e identifique a necessidade de fazer adaptações e mudanças no seu estilo de vida o que marca o início da passagem para o padrão de integração.

Concluindo, nesse padrão, é fundamental que o profissional auxilie o paciente a identificar e elaborar a raiva e a frustração provocadas pela convivência com a dor e sofrimento associado. Além disso, é preciso ajudá-lo a assimilar o conceito de reabilitação, pois, em muitas situações, a cura não pode ser prevista e nem alcançada a curto ou médio prazo.

Padrão integração

Todo profissional quer que seu paciente encontre-se este padrão uma vez que aqui sua identidade está preservada; a dor torna-se um desconforto que está dentro do corpo e não mais uma entidade que ameaça sua vida que o coloca em postura contemplativa em relação ao tratamento.

O mais importante nesse momento é que o profissional precisa estimular o autocuidado e a construção e/ou manutenção de um novo estilo de vida. Priorizar a busca por qualidade de vida, a reorganização ou desenvolvimento de projeto de vida e o reconhecimento por parte do paciente de suas fontes de motivação são essenciais para o indivíduo manter-se nesse padrão.

Não se pode esquecer que recaídas podem ocorrer, mas isto não implica piora e sim necessidade do paciente rever suas dificuldades e buscar por ajuda, se necessário, para melhor enfrentamento da situação.

Deve-se atentar para o paciente manter-se flexível para lidar com as adversidades, ou seja, facilitar a adaptação e a utilização mais efetiva de suas estratégias de enfrentamento diante de novos acontecimentos.

Referências bibliográficas

1. TURK, D. C.; FLOR, H. Chronic pain: an integrated biobehavioral approach, IASP, 2011. p. 547.
2. MARCHAND, S. The phenomenon of pain. Seattle: IASP, 2012.
3. TURK, D. C.; FLOR, H. Chronic pain: a biobehavioral perspective. In: GATCHEL, R. J.; TURK, D. C. Psychosocial factors in pain: critical perspectives. New York: Guilford, 1999. p. 18-34.
4. WELLS, C.; NOWN, G. Pain: a self-help guide for chronic pain sufferers. London: Optima, 1993. p. 1-50.
5. STRAUB, R. O. Psicologia da saúde. Trad. Costa, R.C., Porto Alegre: Artmed, 2005.
6. DIAS, A. M. et al. Adesão ao regime terapêutico na doença crônica: revisão da literatura. Millenium, v. 40, p. 201-219, 2011.

Vendedor não autorizado. Proibida venda por terceiros. http://lista.mercadolivre.com.br/_CustId_161477952
7. MALDANER, C. R. et al. Fatores que influenciam a adesão ao tratamento na doença crônica: o doente em terapia hemodialítica. Rev. Gaúcha Enferm., v. 29, n. 4, p. 647-53, 2008.
8. KERNS, R. D.; HABIB, S. A critical review of the pain readiness to change model. J. Pain, v. 5, n. 7, p. 357-67, 2004.
9. GATCHEL, R. J. Motivation Issues. In: GATCHEL, R. J. Clinical essential of pain management. New York: Springer Science, 2004. p. 175-196.
10. CRACKEN, L. M.; VOWLES, K. E. The experience of pain and suffering from acute and chronic pain. In: MOORE, R. J. Biobehavioral approaches to pain. New York: Springer Science, 2009. p. 1-16.
11. ROSSI, J. S. et al. To change or not to change: that is the question. In: ALLISON, B. D. Handbook of the assessment methods for eating behaviors and weight related problems. Newbury Park: Sage, 1995, p. 387-430.
12. RUGGIERO, L. et al. Smoking and diabetes: readiness for change and provider advice. Addictive Behaviors, v. 24, p. 573-578, 1999.
13. PROCHASKA, J.; DICLEMENTE, C. Toward a comprehensive model of change. In: MILLER, W. H. N. Treating addictive behaviours: processes of change. New York: Plenum, 1986, p. 3-27.
14. MINSON, F. P. et al. II Consenso Nacional de Dor Ontológica, São Paulo: Moreira Junior, 2010. p. 56-57.
15. LODUCA, A. Eu e minha dor: convivendo com um processo crônico. Dissertação (mestrado), 125 p., 1998. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo,1998.
16. LODUCA, A.; SAMUELIAN, C. Avaliação psicológica do doente com dor. In: TEIXEIRA, J. M. et al. Dor: contexto interdisciplinar. Curitiba: maio, 2002. p. 191-204.
17. LODUCA, A.; SAMUELIAN, C. Avaliação psicológica do convívio com dores crônicas à adesão ao tratamento ao tratamento na clínica de dor. In: ALVES NETO, O. et al. (eds.) Dor: princípios e prática. Porto Alegre, 2009. p. 382-397.
18. LAPLANTINE, F. Antropologia da doença. São Paulo: Martins Fontes, 1991. 274 p.
19. GOMES, R.; MENDONÇA, E. A.; PONTES, M. L. As representações sociais e a experiência da doença. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1207-2014. set-out. 2002.
20. HELMAN, C. Interações médico-paciente. In: HELMAN, C. Cultura, Saúde, Doença. 4. ed. São Paulo: Artmed, 2000. p. 109-145.
21. SARDÁ, J. J. et al. Validation of the pain-related catastrophizing thoughts scale. Act Fisiatr., v. 15, n. 1, p. 31-36, 2008.
22. VLAEYEN, J. W. et al. Pain related fear. Seattle: IASP, 2012.
23. SZAZS, T. Dor e prazer. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1976.
24. WIENER, C. C. The burden of rheumatoid arthritis. In: STRAUSS, A. L. Chronic illness and quality of life. 2. ed., St Louis: Mosby, 1984. p. 88-98.
25. SMITH, J.; FLOWERS, P.; OSBORN, M. Interpretative phenomenological analysis and the psychology of heath and illness. In: YARDLEY, L. Material discourses of health and illness. London: Routledge, 1997. p. 68-91.
26. LODUCA, A. O tratamento da dor crônica na minha biografia: um estudo sobre a compreensão psicológica da adesão ao tratamento na clínica de Dor. São Paulo, 2007. Tese (doutorado) 235 p. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2007.

VENDEDOR APOSTILASMEDICINA@HOTMAIL.COM
PRODUTOS http://lista.mercadolivre.com.br/_CustId_161477952

a Neste texto, a adesão será compreendida de acordo com a definição de Straub5 de que se constitui na atitude e no comportamento de seguir corretamente orientações em relação a medicações, mudanças em estilo de vida ou recomendações sobre medidas preventivas.

b Kerns e Habib, em 20048 desenvolveram o Questionário de Mudanças de Estágios da Dor (*Pain Stages of Change Questionnaire*). Este questionário contempla quatro escalas (ao todo são 30 itens) para a identificação dos seguintes estágios de mudança: pré-contemplação, contemplação, ação e manutenção. Cada um desses estágios indica o quanto o indivíduo está disponível para se submeter ao tratamento interdisciplinar ou o quanto ele aguarda a remissão do quadro de dor apenas por meio de medicações, intervenções cirúrgicas ou outros procedimentos médicos.

c Loduca, em 1998,15 desenvolveu um estudo qualitativo que teve como foco estudar a experiência de convívio de indivíduos com quadro de dor crônica não oncológica e identificou quatro padrões de convívio. A análise dos dados indicou que os pacientes podiam apresentar características presentes em mais de um padrão, ao mesmo tempo, mas havia sempre uma maneira de lidar com o quadro álgico crônico que acabava prevalecendo sobre as demais, o que possibilitou identificar cada paciente em um padrão. Semelhante aos estágios de mudança, os padrões não se apresentam em escala progressiva, podendo ocorrer também flutuações entre eles.

d "Homem doloroso" refere-se ao paciente que assume o papel de doente como carreira, assim, a carteirinha do hospital transforma-se na sua carteira profissional; ele passa a viver em função da dor e dos tratamentos recorrentes.[23]

VENDEDOR APOSTILASMEDICINA@HOTMAIL.COM
PRODUTOS http://lista.mercadolivre.com.br/_CustId_161477952



Parte 3

O Impacto Biopsicossocial da Dor

VENDEDOR APOSTILASMEDICINA@HOTMAIL.COM
PRODUTOS http://lista.mercadolivre.com.br/_CustId_161477952

9

Dor, Atenção e Memória

Adriana Sleutjes

Inúmeras são as variáveis que podem contribuir para o prejuízo das funções cognitivas em doentes com dor crônica. No entanto, pode-se indagar se esses prejuízos seriam causados pela dor em si, pelos medicamentos, pelos fatores ligados à qualidade do sono e qualidade de vida, e até mesmo pelo humor. Nos estudos realizados por Grigsby et al.,[1] Schnurr e Mcdonald[2] e Sardá et al.,[3] esta questão se mostrou evidente e serviu de base para suas pesquisas.

Pode-se verificar na literatura corrente sobre o assunto que vários outros estudos associam o prejuízo neuropsicológico em doentes de dor crônica ao humor, ao *distresse*[a] emocional, a anormalidades do sono, à fadiga, à idade, às alterações nas atividades de vida diária, como é o caso dos estudos realizados por Morel e Pickering[4] e Oosterman et al.[5] Pode-se, portanto, afirmar que o *distresse* emocional frequentemente acompanha a dor crônica. Esta combinação, dor e *distresse*, evoca sentimentos de desesperança, o que induz muitos doentes à depressão. A depressão clínica aumenta os níveis de cortisol e modifica a atividade química, a neuroplasticidade e o trofismo do encéfalo, afetando o desempenho cognitivo do sujeito. No entanto, a revisão de literatura demonstra carência quando se correlacionam as seguintes variáveis: intensidade e tipo de dor, idade, anormalidades do sono, fadiga, tendência à somatização e estado emocional, ao desempenho cognitivo do indivíduo. Mas, conforme Oosterman et al.,[5] ainda não está claro quanto esses fatores medeiam a influência da dor no desempenho neuropsicológico ou ao menos contribuem para as reclamações subjetivas ou sinais objetivos de deficiência cognitiva na população de doentes com dor crônica.

Algumas condições e sintomas associados à dor crônica, como a depressão e os transtornos do sono já são conhecidos como fatores que produzem déficits nos testes neuropsicológicos.

Os mecanismos e as áreas cerebrais subjacentes a esse declínio cognitivo não foram ainda identificados. Segundo Cardoso-Cruz et al.,[6] em um estudo de modelo animal de dor neuropática periférica foram implantados eletrodos no mPFC e dCA1[b] de ratos para o registro da atividade neuronal durante uma tarefa de memória de trabalho espacial em um labirinto. As gravações foram feitas durante 3 semanas, antes e após o estabelecimento do modelo de lesão do nervo poupado de neuropatia. Os resultados mostram que a lesão do nervo causava diminuição da capacidade da memória de trabalho, que é temporalmente associada a mudanças dos padrões de mPFC. A atividade de ambas as populações neuronais registrados após a lesão do nervo aumentaram sua fase de bloqueio com relação ao ritmo teta no hipocampo. Finalmente, os dados revelaram que a dor crônica reduz a quantidade total de informação que flui no circuito fronto-hipocampal e induz o surgimento de diferentes padrões de oscilação, que são bem correlacionadas com o desempenho correto/incorreto do animal em uma base experimental. Os resultados desse estudo demonstram que os distúrbios funcionais na conectividade fronto-hipocampal são uma importante causa de déficits de memória de trabalho relacionadas com a dor.

O presente capítulo aponta os achados obtidos no trabalho de dissertação da autora que investigou a relação entre dor crônica, atenção e memória. A pesquisa foi desenvolvida como uma tentativa de esclarecer tais questões, para que se

possa entender melhor o funcionamento cognitivo dos doentes com dor crônica e, quiçá, se possa construir estratégias que minimizem os déficits cognitivos e melhorem a qualidade de vida desses indivíduos.

Material e métodos

Esse estudo teve como objetivo principal avaliar o desempenho das funções cognitivas, especificamente a atenção e a memória de doentes com dor pélvica crônica (DPC) e síndrome complexa de dor regional (SCDR). Os objetivos secundários foram: avaliar as funções de atenção e memória, humor e qualidade do sono em doentes com DPC, SCDR e indivíduos sem dor crônica (controle); relacionar os resultados obtidos às características da dor neuropática, duração e intensidade da dor; verificar possíveis correlações entre as variáveis: qualidade do sono, humor e qualidade de vida.

Foram recrutados para o estudo 40 indivíduos de ambos os sexos e idades entre 18 e 60 anos, portadores de DPC e de SCDR há pelo menos 3 meses, e 20 indivíduos sem dor para formar o grupo controle; ficando impossibilitados de participar do estudo os indivíduos que porventura apresentassem comprometimento cognitivo que influenciasse na confiabilidade das respostas; histórico de doenças cerebrovasculares; doenças degenerativas do sistema nervoso ou psicoses. Os pacientes que puderam ser incluídos assinaram o termo de consentimento informado após concordarem em participar do estudo.

Os pacientes foram encaminhados aleatoriamente pelos médicos do ambulatório de neurologia do Serviço de Dor, da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) e agrupados conforme as patologias: DPC e SCDR.

A avaliação ocorreu em um único encontro de 1 h 30 min, momento em que foram aplicados os seguintes instrumentos, por ordem de aplicação: entrevista semidirigida, escala visual numérica (intensidade da dor), Mini Exame do Estado Mental (MEEM), Teste de Atenção Concentrada (teste AC), Bateria Breve de Rastreio Cognitivo (BBRC), *Digit Span* Ordem Direta (DSD), *Digit Span* Ordem Inversa (DSI), *Rey Auditory Verbal Learning Test* (RAVLT), Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh, *Primary Care Evaluation of Mental Disorders* (PRIME-MD).

Os sujeitos do grupo controle, foram indicados por terceiros e convidados pela pesquisadora, após descartado o histórico de dor crônica ou dor no momento da testagem, assim como os demais itens dos critérios de exclusão. Do mesmo modo, a avaliação foi realizada em uma única sessão com duração de 1 h 10 min, aproximadamente.

Na análise estatística, foram utilizados os testes paramétricos: teste *t de Student* para a comparação entre os grupos da idade; análise de variância (*two-way*) para a comparação simultânea das médias intragrupos e entre grupos do parâmetro intensidade de dor na escala visual analógica. Os testes não paramétricos empregados foram teste Qui-quadrado para a comparação entre grupos de dados demográficos, avaliação do tipo de dor, uso de medicações concomitantes e de resgate, eventos adversos, avaliação global da eficácia e tolerabilidade.

Todos os testes foram bicaudais e o nível de significância adotado foi de 5%.

Resultados

Nos 60 indivíduos avaliados, a distribuição foi semelhante nos três grupos quanto ao gênero, escolaridade e atividade profissional. Aproximadamente 65% das pessoas eram do sexo feminino, com idades entre 29 e 39 anos; a maioria casada. Predominaram indivíduos com escolaridade variando de 9 a 12 anos de estudo e com atividade profissional regular e registrada.

Dos grupos de indivíduos com dor, a maioria dos doentes apresentou dor com duração de 6 a 15 anos, e nenhum doente apresentou dor com menos de 5 anos de duração.

A intensidade da dor em ambos os grupos foi de moderada a intensa. Em relação à qualidade do sono, observou-se que os doentes com dor apresentaram qualidade do sono pior que os indivíduos sem dor. Esta diferença foi estatisticamente significante ($p< 0,001$).

Com relação ao humor foi possível observar que os indivíduos com dor apresentaram mais transtorno depressivo maior que os indivíduos sem dor ($p = 0,013$).

Analisando-se as funções cognitivas por meio do MEEM, ficou claro que os indivíduos com dor apresentaram mais alterações que os sem dor. Esta diferença foi estatisticamente significante (teste de Kruskal-Wallis $p = 0, 001$).

Ocorreu maior número de doentes com DPC e SCDR com déficits na fluência verbal ($p = 0,031$) avaliado pela BBRC. E um maior número de doentes com DPC ou SCDR com resultados do teste AC abaixo da média ($p = 0,027$). Os indivíduos com dor apresentam piores resultados no RAVLT, quando comparados aos indivíduos sem dor.

Discussão

Partindo-se do pressuposto de que a dor é um estímulo capaz de afetar o estado dinâmico do cérebro, conforme estudos realizados por Grigsby et al.,[1] Schnurr e Mcdonald[2] e Sardá et al.,[3] é interessante investigar a associação entre dor crônica e déficits de memória, reconhecendo a dificuldade que os indivíduos encontram para se concentrarem diante da vivência de um estímulo doloroso.

Assim, Globus[7] considera a dor uma fonte interveniente na atividade neural, que rompe o equilíbrio ordinário responsável pelo funcionamento normal do cérebro. Enquanto Grigsby et al.[1] sugerem que a dor pode provocar o

rompimento da *performance* cognitiva diretamente ligada à velocidade que as informações chegam ao cérebro, interferindo também na capacidade de processamento da informação. De certa forma, ambas as concepções reconhecem a participação do estímulo doloroso como um estímulo "produtor de ruído", interferindo, assim, no processamento de outras informações.

Na pesquisa realizada foram avaliados doentes com DPC (n = 20) e SCDR (n = 20), e os resultados foram comparados com os de um grupo de indivíduos sem dor (n = 20). O estudo da correlação entre os vários instrumentos de medida procurou esclarecer se a dificuldade cognitiva observada nos doentes com DPC e SCDR é um aspecto multifatorial e relacionado com as características próprias da dor, a intensidade da dor, os transtornos ansiosos e do humor, e a qualidade do sono.

Pode-se observar por meio da pesquisa realizada que os indivíduos com dores de moderada a intensa avaliada pela EAVN apresentaram piores escores nos testes de fluência verbal, DSI e teste AC. Apesar dos resultados não serem estatisticamente significantes, estes dados parecem indicar que a intensidade da dor interfere nessas funções cognitivas, confirmando a revisão de literatura quando Grigsby et al.,[1] Schnurr e Mcdonald[2] e Sardá et al.[3] constatam que doentes com dor crônica podem frequentemente apresentar alterações cognitivas.

Com relação ao humor foi possível observar que os indivíduos com dor apresentaram mais transtorno depressivo maior que os indivíduos sem dor (p = 0,013). Os indivíduos dos três grupos não diferiram entre si quanto à ocorrência de transtorno do pânico, de transtorno de ansiedade generalizada e de transtorno de ansiedade SOE.

De acordo com Hays et al.[8] e Broadhead et al.,[9] a depressão é um dos transtornos que mais compromete a qualidade de vida e pode aumentar as incapacidades até quatro vezes em relação à população geral e pode ocorrer em até 66% dos pacientes com doenças não psiquiátricas segundo Haskett.[10] De acordo com Melzack, citado por Gatchel e Turk,[11] há relação entre os níveis elevados de norepinefrina e os sintomas de depressão maior. Assim, a probabilidade de ocorrer depressão maior em doentes com dor crônica é elevada, pois a dor é evento estressante e evoca ação de estresse no organismo.

Perissinotti e Figueiró[12] e Carvalho[13] observaram que a depressão é extremamente comum em doentes com dor crônica. De acordo com o estudo clínico de Magni,[14] 30% a 60% dos doentes com dor apresentam depressão. Estudos mais recentes realizados por Aguiar e Caleffi[15] apontam que os sintomas depressivos são muito comuns em doentes com dor crônica, mas que a depressão maior ocorre em uma minoria deles. O fato de a população deste estudo apresentar um índice maior de indivíduos com Depressão Maior talvez possa ter ocorrido por se tratar de doentes com complexidade alta, atendidos em hospitais terciários, como é o caso do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP).

No entanto, o que se pode concluir é que quando se trata de avaliar presença ou ausência de depressão na população de doentes com dor crônica, esta aparece como frequente.

A pesquisa realizada verificou também que o transtorno depressivo maior parece intervir na fluência verbal, na atenção e na memória. Os pesquisadores Schwartz[16] e Boissevain,[17] dentre outros, observaram que os escores em testes psicológicos que avaliam depressão foram elevados em populações com dor crônica que apresentavam déficits mnemônicos. Segundo esses autores, embora tanto a dor como a depressão possam ser cofatores de déficits mnemônicos, parece que ambos atuam de modo diferenciado nesses déficits, visto que a dor é estímulo interveniente com amplitudes variadas, no processo perceptual, enquanto a depressão intervém nos processos químicos da atividade de memorização.

Apesar de os participantes com dor crônica estarem sujeitos a experimentar altos índices de depressão ou ansiedade comparados aos do grupo controle, que não estão com dor, pesquisas não têm encontrado relação significativa entre tais pressupostos e os déficits de memória, déficits na tomada de decisão e déficits atencionais, conforme nos aponta Apkarian[18] e Dick et al.[19] O mesmo pôde-se observar na presente pesquisa.

Com relação à qualidade do sono, a investigação demonstrou que os doentes com dor apresentaram qualidade do sono pior que os indivíduos sem dor (p< 0,001). Segundo Annunciato,[20] as conexões mesencefálicas ativadoras do córtex cerebral, mais especificamente o sistema ativador reticular ascendente (SARA), não possibilita que o manto cortical descanse enquanto perduram as dores mais intensas. Kontinen et al.[21] observaram que doentes com dor neuropática geralmente referem transtornos do sono representados por escassez de sono e excessivo cansaço durante o dia. Segundo as correlações estudadas entre dor, sono e as funções cognitivas, pode-se perceber que os indivíduos com qualidade de sono ruim apresentaram piores escores nos testes cognitivos, com diferença significante da população normal para os testes DSD, DSI, teste AC, fluência verbal e no resultado do MEEM.

Patil et al.[22] demonstraram que a dor é um agente estressor que afeta a memória a curto prazo em voluntários sadios. Ele concluiu que o estímulo doloroso pode afetar a função cognitiva apesar de a relação entre dor e estresse ser complexa e depender de uma gama de variáveis. Neste estudo, os indivíduos com dor apresentaram piores escores no RAVLT que os indivíduos sem dor.

Segundo Ling et al.,[23] a necessidade de pesquisar problemas de memória relacionados com a dor é de grande importância terapêutica porque, na ausência de instrumentos objetivos para avaliar a dor, resta somente o relato subjetivo do paciente sobre a sua própria dor como fundamento para o tratamento. Assim, o tratamento é baseado na suposição de que os doentes com dor crônica estão aptos, ou são capazes, de recordar a informação sobre a sua condição médica com acurácia, o que pode ser duvidoso se a função cognitiva avaliativa estiver prejudicada.

Considerações finais

VENDEDOR APOSTILASMEDICINA@HOTMAIL.COM
PRODUTOS http://lista.mercadolivre.com.br/_CustId_161477952

Concluiu-se, por meio da investigação realizada, que os doentes com dor apresentaram maior déficit no MEEM, no teste de FV, no RAVLT e no teste AC, quando comparados à população sem dor.

Pôde-se observar que os indivíduos com dores de moderada à intensa, avaliados pela EAVN, apresentaram piores escores nos testes de fluência verbal, DSI e teste AC.

Com relação ao humor, foi possível observar que os indivíduos com dor apresentaram mais transtorno depressivo maior que os indivíduos sem dor.

Indivíduos com transtorno depressivo maior apresentaram déficit na fluência verbal, na atenção e na memória.

Com relação à qualidade do sono, foi possível observar que os doentes com dor apresentaram qualidade do sono pior que os indivíduos sem dor.

Segundo as correlações estudadas entre dor, sono e as funções cognitivas, pôde-se perceber que os indivíduos com qualidade de sono ruim apresentaram piores escores nos testes cognitivos, com diferença significante da população normal para os testes DSD, DSI, teste AC, fluência verbal e no resultado do MEEM.

Referências bibliográficas

1. GRIGSBY, J.; ROSENBERG, N. L.; BUSENBARK, D. Chronic pain adversely affects information processing. Arch. Clin. Neuropsychol., p. 135-36, 1994.
2. SCHNURR, R. F.; MACDONALD, M. R. Memory complaints in chronic pain. Clin. J. Pain, v. 11, p. 103-111, 1995.
3. SARDÁ, J. J. J.; CRUZ, R. M.; JABLONSKI, S. J. Dor crônica e déficits de memória: uma abordagem neurocognitiva. In: FIGUEIRÓ, J. A. B.; ANGELOTTI, G.; PIMENTA, C. A. M. Dor e saúde mental. São Paulo: Atheneu, 2005.
4. MOREL, V.; PICKERING, G. Impact of pain on cognitive processes in human Douleur et Analgesie, v. 26, n. 1, p. 11-16, 2013.
5. OOSTERMAN, J. M.; GIBSON, S. J.; PULLES, W. L. J. A. et al. On the moderating role of age in the relationship between pain and cognition. Eur. J. Pain, v. 17, n. 5, p. 735-741, 2013.
6. CARDOSO-CRUZ, H.; LIMA, D.; GALHARDO, V. Impaired spatial memory performance in a rat model of neuropathic pain is associate with reduced hippocampus-prefrontal cortex connectivity. J. Neurosci., v. 33, n. 6, p. 2465-2480, 2013.
7. GLOBUS, G. G. Toward a noncomputational cognitive neuroscience. J. Cogn. Neurosci., v. 4, n. 4, p. 299-310, 1992.
8. HAYS, R. D. et al. Functioning and well-being outcomes of patients with depression compared with chronic general medical illnesses. Arch. Gen. Psychiatry, v. 52, n. 1, p. 11-19, 1995.
9. BROADHEAD, W. E. et al. Depression, disability, and days lost from work in a prospective epidemiologic survey. JAMA, v. 264, n. 19, p. 2524-2528, 1990.
10. HASKETT, R. F. Diagnostic categorization of psychiatric disturbance in Cushing's syndrome. Am. J. Psychiatr., v. 142, n. 8, p. 911-916, 1985.
11. GATCHEL, R. J; TURK, D. C. Psychosocial factors in pain: critical perspectives. New York: Guilford, 1999.
12. PERISSINOTTI, D. M. N.; FIGUEIRÓ, J. A. B. Psicoterapias: indicação, modalidades e tratamento para doentes com dor. In: FIGUEIRÓ, J. A. B.; ANGELOTTI, G.; PIMENTA, C. A. M. Dor e saúde mental. São Paulo: Atheneu, 2005.
13. CARVALHO, M. M. M. J. Dor: um estudo multidisciplinar. São Paulo: Summus, 1999.
14. MAGNI, G. Depression in the patients with pain. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO E ENCONTRO INTERNACIONAL SOBRE DOR, 3. São Paulo: SIMBIDOR, 1997.
15. AGUIAR, R. W.; CALEFFI, L. Depressão e dor crônica. In: FIGUEIRÓ, J. A. B; ANGELOTTI, G.; PIMENTA, C. A. M. Dor e saúde mental. São Paulo: Atheneu, 2005.
16. SCHWARTZ, E. W. Attention, concentration and memory in chronic daily headache patients. Diss. Abstr. Int., v. 58, n. 1, p. 428, 1997.
17. BOISSEVAIN, M. D. Information processing in chronic pain: the role of depression. Diss. Abstr. Int., v. 56, n. 1, p. 571, 1994.
18. APKARIAN, A. V. et al. Chronic pain patients are impaired on an emotional decision-making task. Pain, v. 108, n. 1 e 2, p. 129-136, 2004.
19. DICK, B.; ECCLESTON, C.; CROMBEZ, G. Attentional functioning in fibromyalgia, rheumatoid arthritis, and musculoskeletal pain patients. Arthritis Rheumatoid, v. 47, p. 639-644, 2002.
20. ANUNCIATO, N. F. Fisiologia da emoção na dor. In: FIGUEIRÓ, J. A. B; ANGELOTTI, G.; PIMENTA, C. A. M. Dor e saúde mental. São Paulo: Atheneu, 2005.
21. KONTINEN, V. K. et al. Sleep and EEG patterns in the chronic constriction injury model of neuropathic pain. Physiol. Behav., v. 78, n. 2, p. 241-246, 2003.
22. PATIL, P.; APFELBAUM, J. L.; ZACNY, J. P. Effects of a cold-water stressor on psychomotor and cognitive functioning in humans. Physiol. Behav., v. 58, p. 1281-1286, 1995.
23. LING, J.; HERFFERNAN, T. M.; BUCHANAN, T.; RODGERS, J.; SCHOLEY, A. B.; PARROT, A. C. Effects of alcohol on subjective ratings of prospective and everyday memory deficits. Alcohol Clin. Exp. Res., v. 27, p. 970-974, 2003.

VENDEDOR APOSTILASMEDICINA@HOTMAIL.COM
PRODUTOS http://lista.mercadolivre.com.br/_CustId_161477952

a Distresse é uma experiência emocional desagradável e multifatorial resultante da incapacidade para lidar com eventos estressores.

b A sigla mPFC significa córtex pré-frontal medial e a sigla dCA1 representa o número do campo dorsal do hipocampo.

VENDEDOR APOSTILASMEDICINA@HOTMAIL.COM
PRODUTOS http://lista.mercadolivre.com.br/_CustId_161477952

10

Aspectos da Personalidade na Síndrome de Fibromialgia

Danyella de Melo Santos

Na literatura científica, ainda está indefinida a questão se haveria ou não um perfil de personalidade específico relacionado aos pacientes com fibromialgia. Alguns autores defendem a existência de um perfil psicológico específico ligado à doença. De acordo com esses estudos, pacientes fibromiálgicos apresentariam traços de alexitimia,[1] maior dificuldade de relacionamento interpessoal, personalidade mais rígida e tendência ao neuroticismo.[2]

Já outra linha de pesquisa aponta que pacientes com fibromialgia seriam um grupo heterogêneo em relação aos aspectos de personalidade, ou seja, dentro de um mesmo grupo, haveria pacientes com traços alexitímicos e de neuroticismo, e haveria também pacientes com um funcionamento psicológico dentro da normalidade (de acordo com instrumentos como o *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* [MMPI]).[3] Ainda dentro dessa linha de pesquisa, o estudo de Muller et al.[4] descreve quatro subgrupos psicológicos em pacientes com fibromialgia: um com alta sensibilidade dolorosa e sem comorbidades psiquiátricas; o segundo com fibromialgia e depressão, cuja dor estaria relacionada com a depressão; um terceiro que apresentaria depressão e fibromialgia como comorbidades; e um quarto subgrupo no qual a fibromialgia seria considerada resultado de um processo de somatização.[4]

A partir desse ponto, o objetivo do trabalho foi avaliar traços de personalidade em pacientes mulheres com fibromialgia, investigando ainda a presença de sintomas depressivos e ansiosos e como estes poderiam estar correlacionados com possíveis alterações na personalidade.

Foram avaliadas 78 mulheres com fibromialgia, comparadas com 78 mulheres sem fibromialgia (grupo controle). A escolha por sujeitos do sexo feminino se deve ao fato de que a fibromialgia pode ser até 10 vezes mais prevalente em mulheres.

As pacientes incluídas foram recrutadas nos ambulatórios de reumatologia e neurologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP). Em ambos os ambulatórios, as pacientes receberam o diagnóstico de fibromialgia de acordo com os critérios estabelecidos pelo Colégio Americano de Reumatologia.

Para constituição do grupo controle (mulheres sem fibromialgia), foram avaliadas 78 funcionárias do HC-FMUSP, pertencentes a diversos setores da instituição. Para esse grupo, foram excluídos sujeitos com fibromialgia e outras condições clínicas dolorosas.

Além de responder ao questionário sobre avaliação da personalidade, os dois grupos também preencheram uma ficha de identificação (contendo características clínicas e sociodemográficas) e responderam a escalas para avaliação de sintomas depressivos (Inventário de Depressão de Beck [BDI] e Escala de Hamilton para Depressão [HAMD])[5,6] e ansiosos (IDATE-estado e Escala de Hamilton para Ansiedade [HAM-A]).[7,8] Além disso, as pacientes foram avaliadas em relação à presença de transtorno psiquiátrico por meio do *Mini International Neuropsychiatric Interview* (M.I.N.I),[9]

um instrumento que foi desenvolvido de acordo com os critérios do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition* (DSM-IV) e da Classificação Internacional de Doenças (CID-10). Todos os instrumentos foram adaptados e validados para a população brasileira.

O grupo composto pelas pacientes respondeu, ainda, sobre o tempo de doença e intensidade da dor (escala numérica).

Para avaliação da personalidade, foi utilizado o Inventário de Temperamento e Caráter (ITC), desenvolvido a partir da teoria de Cloninger[10] que visa à integração de aspectos psicológicos e biológicos da personalidade, e propõe uma abordagem dimensional dos transtornos de personalidade. Assim, o modelo psicobiológico de personalidade desenvolvido por este autor foi construído com base em informações provenientes de estudos genéticos (com gêmeos humanos) e filogenéticos (etológicos) sobre o temperamento e em estudos neurobiológicos sobre a organização funcional das redes cerebrais que regulam o condicionamento clássico em animais.[11] Além disso, o modelo baseou-se em informações sobre o desenvolvimento cognitivo e social, além de descrições do desenvolvimento da personalidade, provenientes da psicologia humanística e transpessoal.[12]

Desse modo, o desenvolvimento da personalidade é visto como um processo epigenético interativo, cuja expressão é apenas parcialmente afetada pelas influências ambientais, e os fatores hereditários de temperamento (busca de novidades, esquiva de dano, dependência de gratificação e persistência) inicialmente motivariam o desenvolvimento dos fatores de caráter. Por sua vez, os fatores de caráter (autodirecionamento, cooperatividade e autotranscedência) englobariam os traços moldados ao longo do desenvolvimento, resultantes das experiências de aprendizagem propiciadas por diferentes influências ambientais. A seguir, é apresentada a definição para cada traço.

Fator de temperamento busca de novidades. Tendência hereditária de ativação e iniciação de comportamentos por estímulos novos e suscetibilidade comportamental à estimulação ambiental; reflete o comportamento diante de estímulos novos. Pessoas com este traço aumentado tendem a procurar novidades, ser impulsivas e curiosas e se entediar rapidamente com uma atividade repetitiva.

Fator de temperamento esquiva ao dano. Tendência hereditária a inibir ou cessar comportamentos perante sinais de estímulos aversivos, a fim de se evitar punição; envolve inibição do comportamento em resposta à punição. Pessoas com elevação nos escores deste fator apresentam medo da incerteza, inibição social, timidez com estranhos, fatigabilidade e antecipação de problemas (mesmo em situações que não preocupam as outras pessoas).

Fator de temperamento dependência de gratificação. Tendência hereditária a responder de maneira intensa a sinais de recompensa, visando à obtenção de prêmios; este traço de personalidade versa sobre a resposta a pistas sociais relacionadas com recompensa.

Fator de persistência. Tendência hereditária a persistir em responder de determinada forma, a despeito de reforços intermitentes; refere-se à manutenção do comportamento a despeito de frustrações ou fadiga.

Fator de caráter de autodirecionamento. Identificação de si como um indivíduo autônomo; quantifica os ideais e as concepções que um indivíduo em relação a si mesmo, o que redunda em características como responsabilidade, autoconfiança e direcionamento a uma meta (disciplina, propósito).

Fator de caráter de cooperatividade. Identificação de si mesmo como uma parte integrante da sociedade e da humanidade; reflete a concepção de um indivíduo referente à sociedade, isto é, no tocante a outras pessoas.

Fator de caráter de autotranscendência. Identificação de si mesmo como parte integrante da unidade de todas as coisas, de um todo interdependente; reflete o sistema de ideais do indivíduo em relação ao universo e a Deus. Pessoas com escores elevados neste traço apresentam espiritualidade, idealismo, transigência e imaginação. Lógica, dúvida, relativismo e materialismo indicam escores reduzidos para este traço.

Então, o modelo de sete fatores embasa o ITC, um questionário de autopreenchimento constituído por 240 itens com opções de verdadeiro ou falso, que possibilita o diagnóstico diferencial entre subtipos de transtornos de personalidade e outros transtornos psiquiátricos em uma abordagem dimensional da personalidade. Cada um dos fatores do ITC divide-se em subfatores que expressam conceitos particulares.[12] Por exemplo, o fator busca de novidades divide-se nos subfatores: BN1: excitabilidade exploratória × rigidez; BN2: impulsividade × reflexão; BN3: extravagância × reserva; BN4: desordenação × organização. O ITC foi traduzido e adaptado para a população brasileira por Fuentes et al.[13]

Apesar da alta prevalência de transtornos psiquiátricos e alterações psicológicas em pacientes com dor crônica, o ITC foi pouco usado nessa amostra de pacientes.

Os resultados da comparação dos traços de personalidade entre as pacientes e o grupo controle mostraram que o grupo de pacientes apresentou alguma alteração em todos os fatores do ITC, exceto no fator persistência. As pacientes apresentaram elevados escores no fator esquiva ao dano e autotranscendência; e reduzidos escores em busca de novidades, dependência de gratificação, autodirecionamento e cooperatividade. Além desses resultados, também foi realizada uma avaliação prospectiva das pacientes para verificar se os fatores do ITC poderiam se correlacionar com intensidade da dor. Assim, as pacientes foram reavaliadas 1 ano após a primeira avaliação e questionadas sobre a intensidade da dor; observou-se que nenhum traço de personalidade poderia prever alteração na intensidade da dor.

Outro resultado relevante foi que o fator busca de novidades se correlacionou negativamente com o tempo de doença: quanto maior o tempo de doença as pacientes apresentavam, menores escores no fator busca de novidades. Entretanto, as alterações dos fatores do ITC encontradas no grupo de pacientes com fibromialgia se associaram, em sua maioria, aos sintomas ansiosos ou depressivos. Isso significa que as alterações de personalidade não seriam decorrentes da presença da fibromialgia, e sim decorrentes da presença de sintomas depressivos ou ansiosos. Somente a alteração no fator busca de novidades foi decorrente da presença da fibromialgia em si.

Pessoas com baixos escores no traço busca de novidades apresentam rigidez (com dificuldade para lidar com novas situações), pouca impulsividade e tendência para organização.[12] De acordo com Svrakic et al.,[14] haveria uma correlação negativa entre os escores de esquiva ao dano e busca de novidades, de modo que indivíduos com altos escores em esquiva ao dano consequentemente apresentariam baixos escores em busca de novidades. Deve-se ressaltar que o fator busca de novidades se correlacionou negativamente com o tempo de doença e com a intensidade da dor. Esses resultados sugerem que o fator busca de novidades parece ser o único traço associado à presença de fibromialgia. Em linha com os resultados do presente estudo, Nylander et al.,[15] avaliando portadores de enxaqueca, observaram alterações em dois subfatores do fator busca de novidades, porém, na amostra do presente estudo, esses subfatores se apresentaram elevados no grupo de pacientes em comparação com grupo controle.

Vale lembrar que as características descritas para pessoas com baixos escores no fator busca de novidades (rigidez, pouca impulsividade e tendência para organização) são características próximas das observadas em alexitimia, incluindo incapacidade para relaxar e se divertir e negação de conflitos emocionais e interpessoais, descritas em estudos[1,16] que defendem a existência de um padrão de personalidade associado à fibromialgia.

Sobre a presença de transtornos psiquiátricos, 47% das pacientes apresentaram o diagnóstico de transtornos depressivos (depressão maior atual ou distimia). Considerando que a alteração na maioria dos traços do ITC estava associada à presença de sintomas depressivos, foi realizada uma análise específica dentro do grupo de pacientes com fibromialgia. As pacientes que receberam o diagnóstico de episódio depressivo maior atual foram comparadas com o restante das pacientes que não receberam esse diagnóstico. Esta análise revelou que pacientes fibromiálgicas com depressão maior atual apresentaram maiores escores em esquiva ao dano e reduzidos escores em autodirecionamento e cooperatividade. Essas diferenças apresentadas nos traços do ITC entre as pacientes fibromiálgicas com depressão maior atual e aquelas sem depressão, corroboram o que foi mencionado anteriormente, sugerindo que pacientes com fibromialgia apresentam subgrupos com diferentes padrões psicológicos. No estudo de Souza et al.[17] utilizando o *Fibromyalgia Impact Questionnarie* (FIQ) em 61 mulheres com fibromialgia, os autores observaram dois perfis de pacientes. O primeiro perfil seria caracterizado por baixos níveis de ansiedade, depressão e cansaço matinal, enquanto o segundo tipo de pacientes teria como características altos níveis de dor, fadiga, cansaço matinal, rigidez, depressão e ansiedade. Para esses autores, dor e rigidez se apresentariam como sintomas universais da fibromialgia, enquanto alterações psicológicas estariam presentes em somente parte dos pacientes.

Considerando a depressão em fibromialgia, o estudo de Nordahl e Stiles,[18] comparando aspectos cognitivos de personalidade entre pacientes com fibromialgia, pacientes com transtorno depressivo maior e pessoas de um grupo controle, observou que somente os pacientes com fibromialgia e depressão maior atual ou prévia apresentavam funcionamento cognitivo semelhante aos pacientes com transtorno depressivo maior. De acordo com esses resultados, pacientes com fibromialgia e sem depressão atual ou prévia apresentariam um estilo de personalidade parecido com o de pessoas normais. Resultados similares foram encontrados em outros dois estudos[19,20] que compararam pacientes fibromiálgicos com e sem o diagnóstico de depressão maior; nesses estudos, também se observou que pacientes com fibromialgia e sem depressão maior apresentavam características diferentes dos pacientes que receberam o diagnóstico de depressão maior. Os resultados do presente estudo são congruentes com tais estudos, uma vez que as pacientes com fibromialgia e depressão maior atual apresentaram diferenças nos traços do ITC quando comparadas com as pacientes sem o diagnóstico de depressão.

Portanto, os resultados deste estudo referente à comparação dos traços do ITC entre pacientes fibromiálgicas com depressão maior atual e pacientes fibromiálgicas sem este diagnóstico reforçam os achados de literatura que concebem pacientes com fibromialgia como pessoas que não se apresentam como um grupo homogêneo em relação a aspectos psicológicos.

A relevância do tratamento de transtorno depressivo maior em pacientes com fibromialgia torna-se ainda mais importante diante dos resultados de estudos como o de Pud et al.,[21] sugerindo que altos escores no fator esquiva ao dano estariam relacionados com a percepção de estímulos dolorosos. Em seu estudo, com 70 pessoas saudáveis, os autores observaram que elevados escores em esquiva ao dano se correlacionaram com maior resposta a estímulos dolorosos. Em um segundo estudo, Pud et al.[22] investigaram a relação dos traços do ITC com resposta ao tratamento com morfina, verificando que indivíduos com altos escores em esquiva ao dano respondiam melhor ao tratamento e sugerindo que realmente haveria uma diferença individual na resposta ao tratamento com opioides. Diante de tais resultados, é possível pensar na hipótese de que o tratamento da depressão e a consequente redução nos escores de esquiva ao dano poderiam implicar também uma melhora da intensidade da dor nas pacientes.

Em suma, os resultados deste estudo também não fecham a questão inicial deste capítulo, sobre um perfil de personalidade específico para pacientes com fibromialgia, pois, uma vez que a única alteração foi no traço de temperamento busca de novidades e esta alteração se mostrou correlacionada negativamente com o tempo de doença, não se pode afirmar que a redução em busca de novidades seja anterior a fibromialgia. Ao longo do tempo de convivência com a doença, as pacientes podem ter desenvolvido um rebaixamento nesse traço. O que se pode afirmar e ressaltar após o término desse trabalho é a importância do diagnóstico e do tratamento dos sintomas depressivos e ansiosos em pacientes com fibromialgia, uma vez que estes podem influenciar na intensidade dos sintomas dolorosos e ainda provocar alterações na personalidade dessas pacientes.

Agradecimentos

Meus agradecimentos a Katya Cristina Gasparelo, psicóloga do programa de aprimoramento profissional do HC-FMUSP.
PRODUTOS http://lista.mercadolivre.com.br/_CustId_161477952

Referências bibliográficas

1. COLANGELO, N. et al. Dimensions of psychological dysfunction in patients with fibromyalgia: development of an Italian questionnaire. Clin. Rheumatol., v. 23, n. 2, p. 102-108, 2004.
2. WOLFE, F.; HAWLEY, D. J. Psychosocial factors and the fibromyalgia syndrome. Z. Rheumatol., v. 57, p. 88-89, 1998.
3. CLAROS, L. B. et al. Clinical profiles in fibromyalgia patients of the community mental health center: a predictive index of psychopathological severity. Actas Esp. Psiquiatr., v. 34, n. 2, p. 112-122, 2006.
4. MULLER, W.; SCHNEIDER, E. M.; STRATZ, T. The classification of fibromyalgia syndrome. Rheumatol. Int., v. 27, n. 11, p. 1005-1010, 2007.
5. BECK, A. T. et al. An inventory for measuring depression. Arch. Gen. Psychiatry, v. 4, p. 561-571, 1961.
6. HAMILTON, M. A rating scale for depression. J. Neurol. Neurosurg. Psychiat., v. 23, p. 56-62, 1960.
7. SPIELBERGER, C. D.; VAGG, P. R. Psychometric properties of the STAI: a reply to Ramanaiah, Franzen, and Schill. J. Pers. Assess., v. 48, n. 1, p. 95-97, 1984.
8. HAMILTON, M. The assessment of anxiety states by rating.Br. J. Med. Psychol., v. 32, n. 1, p. 50-55, 1959.
9. SHEEHAN, D. V. et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. J. Clin. Psychiatry, v. 59, p. 22-33, 1998.
10. CLONINGER, C. R. A unified biosocial theory of personality and its role in the development of anxiety states. Psychiatr. Dev., v. 4, n. 3, p. 167-226, 1986.
11. CLONINGER, C. R. A systematic method for clinical description and classification of personality variants. A proposal. Arch. Gen. Psychiatry, v. 44, n. 6, p. 573-588, 1987.
12. CLONINGER, C. R.; SVRAKIC, D. M.; PRZYBECK, T. R. A psychobiological model of temperament and character. Arch. Gen. Psychiatry, v. 50, n. 12, p. 975-990, 1993.
13. FUENTES, D. et. al. Inventário de temperamento e de cárater de Cloninger – validação da versão em português. Rev. Psiquiatr. Clín., v. 26, n. 2, p. 363-369, 1999.
14. SVRAKIC, D. M. et al. Differential diagnosis of personality disorders by the seven-factor model of temperament and character. Arch. Gen. Psychiatry, v. 50, n. 12, p. 991-999, 1993.
15. NYLANDER, P. O. et al. Migraine: temperament and character. J Psychiatr. Res., v. 30, n. 5, p. 359-368, 1996.
16. KEEL, P. Psychological and psychiatric aspects of fibromyalgia syndrome (FMS). Z. Rheumatol., v. 57, p. 97-100, 1998.
17. SOUZA, J. B. de et al. Fibromyalgia subgroups: profiling distinct subgroups using the Fibromyalgia Impact Questionnaire. A preliminary study. Rheumatol. Int., v. 29, n. 5, p. 509-515, 2009.
18. NORDAHL, H. M.; STILES, T. C. Personality styles in patients with fibromyalgia, major depression and healthy controls. Ann. Gen. Psychiatry, v. 6, p. 9, 2007.
19. OKIFUJI, A.; TURK, D. C.; SHERMAN, J. J. Evaluation of the relationship between depression and fibromyalgia syndrome: why aren't all patients depressed? J. Rheumatol., v. 27, n. 1, p. 212-219, 2000.
20. JONHSON, M. et al. Depressed fibromyalgia patients are equipped with an emphatic competence dependent self-esteem. Clin. Rheumatol., v. 16, n. 6, p. 578-584, 1997.
21. PUD, D. et al. The tridimensional personality theory and pain: harm avoidance and reward dependence traits correlate with pain perception in healthy volunteers. Eur. J. Pain, v. 8, n. 1, p. 31-38, 2004.
22. PUD, D. et al. Can personality traits and gender predict the response to morphine? An experimental cold pain study. Eur. J. Pain, v. 10, n. 2, p. 103-112, 2006.

VENDEDOR APOSTILASMEDICINA@HOTMAIL.COM
PRODUTOS http://lista.mercadolivre.com.br/_CustId_161477952

11

Gênero e Enfrentamento da Dor Central

Mariana Nogueira

Este capítulo inicialmente apresenta definições de gênero; em seguida, com o subtítulo de "Gênero e Dor", o leitor terá informações sobre a relação entre gênero e dor em vários aspectos (biológicos, sociais, culturais, afetivos, cognitivos e comportamentais) e, posteriormente, aprofundar-se-á no processo de enfrentamento. Primeiramente, conceituar-se-á enfrentamento, depois serão abordadas as estratégias de enfrentamento utilizadas pelos pacientes com dor crônica e serão relatados estudos sobre gênero e enfrentamento da dor. Finalmente, será apresentada uma pesquisa realizada no Brasil em que um dos objetivos foi investigar as estratégias de enfrentamento entre homens e mulheres com dor central decorrente de acidente vascular encefálico (AVE).

Gênero

A concepção de gênero surgiu inicialmente nos trabalhos feministas como modo de evidenciar a dominação masculina e a consequente exclusão e opressão feminina. Atualmente, o conceito de gênero é amplamente utilizado para refletir-se sobre as representações construídas referentes às relações sociais sobre masculino e feminino.[1]

De acordo com Scott,[2] gênero é um elemento constitutivo das relações sociais, baseado nas diferenças percebidas entre os sexos. Para Olinto,[3] o termo gênero transcende a diferença biológica. De acordo com Albuquerque et al.[4] e Alves e Coura-Filho,[5] significa a distinção entre atributos culturais alocados a cada um dos sexos. De acordo com Victora e Knauth,[6] gênero é a construção social e cultural do sexo e se constitui de acordo com o tempo e a sociedade, sendo responsável por uma série de comportamentos sociais.

Gênero e dor

Pesquisas sobre gênero e dor revelam diferenças quanto a homens e mulheres em relação a aspectos sensoriais, fisiológicos, sociais, culturais, afetivos, cognitivos e comportamentais. De acordo com alguns estudos, as mulheres têm maior prevalência de dor crônica e apresentam menor limiar e tolerância a dor do que os homens.[7-9]

Homens e mulheres apresentam diferenças nos processos fisiológicos que interferem no mecanismo da dor e na atuação das medicações. Alguns estudos verificaram diferentes níveis de cortisol em homens e mulheres e constataram que o cortisol influencia as respostas de dor.[10,11] Verificou-se que alterações hormonais podem influenciar a experiência da dor, especialmente as flutuações de estrogênio.[12-14]

Quanto aos aspectos socioculturais, desde o nascimento os indivíduos são criados a partir de estereótipos de gênero. Na cultura ocidental, espera-se dos meninos e das meninas uma série de características e comportamentos específicos. Os meninos devem ser fortes, corajosos e não devem expressar as emoções e a dor; já as meninas devem ser delicadas, frágeis e a elas é permitida e até reforçada a expressão das emoções e da dor.[15] Nas culturas orientais, a expressão das emoções e da dor não é socialmente reforçada e é menos aceita do que na cultura ocidental.[16,17]

Pesquisas revelaram que o gênero do experimentador também interfere nas respostas dos sujeitos à dor. Os homens apresentam maior limiar e tolerância à dor quando o experimentador é do gênero feminino.[18,19] Em um estudo realizado por Marquie et al.,[20] os médicos homens atribuíram a pacientes homens menor intensidade de dor em relação às mulheres, e as médicas atribuíram maior valor à dor dos homens do que das mulheres quando a causa não era conhecida. Este resultado revelou que o gênero do médico e do paciente interfere na avaliação da dor.

O modelo familiar também está relacionado com o gênero e a queixa de dor. Koutantji et al.[21] e Fillingim et al.[22] observaram que havia correlação entre o número de modelos de dor na família e a queixa de dor. Sujeitos com pelo menos um modelo de dor na família relataram mais dor do que aqueles sem história de dor na família. Alguns estudos revelaram que a relação entre a história familiar e a dor é mais forte nas mulheres do que nos homens.[23,24] Entretanto, outros autores revelaram que a história de dor na família associa-se igualmente ao aumento de percepção da dor nos homens e nas mulheres.[21,25]

Algumas pesquisas investigaram a percepção de homens e mulheres em relação à causa da dor e constataram que as mulheres atribuem mais fatores internos, por exemplo, o fator emocional, como causa da dor; já os homens atribuem mais eventos externos como causa da dor.[26,27]

Quanto aos aspectos afetivos, alguns estudos mostraram que a prevalência de depressão nas mulheres é maior;[9,28] no entanto, não são todos os estudos que indicam maiores níveis de depressão em mulheres com dor. Buckelew et al.[29] constataram que homens com dores variadas apresentaram maiores níveis de depressão. Em relação à ansiedade, alguns estudos revelaram que homens com dor apresentam maior ansiedade se comparados às mulheres.[8,30,31] Entretanto, Edwards et al.[32] constataram níveis equivalentes de ansiedade em homens e mulheres.

Enfrentamento da dor

Enfrentamento são "esforços cognitivos e comportamentais que mudam constantemente para administrar exigências específicas, internas ou externas, avaliadas como sobrecarregando ou excedendo os recursos do indivíduo".[33]

O processo de enfrentamento, que ocorre ao longo do tempo e que tem como função administrar as transações entre o indivíduo e seu ambiente a fim de promover sua adaptação e sobrevivência, depende dos recursos que cada indivíduo possui para criar e utilizar estratégias. Os recursos básicos são: saúde física, crenças e compromissos, habilidades intelectuais e sociais, suporte social e recursos materiais. A partir deles, os indivíduos precisam criar e executar estratégias para lidar com os eventos da vida.[34] O processo de enfrentamento destina-se a duas funções primordiais: administrar ou alterar os problemas no ambiente visando a modificar a situação estressora (enfrentamento centrado no problema) e controlar a perturbação ou o desconforto associado à situação estressora sem alterar a situação em si (enfrentamento centrado na emoção). Geralmente o processo de enfrentamento centrado na emoção tem maior possibilidade de ocorrer em situações avaliadas como não passíveis de mudança. Já o processo de enfrentamento centrado no problema tem maior probabilidade de ocorrer quando a situação é avaliada como passível de mudança.

Existem algumas estratégias de enfrentamento que são especialmente utilizadas por doentes com dor crônica, como: evitação, minimização, distanciamento, atenção seletiva, comparações positivas e extração de valores positivos de eventos negativos.[33]

Rosenstiel e Keefe[35] consideram sete estratégias básicas de enfrentamento da dor: distração da atenção, reinterpretação da sensação dolorosa, autoafirmação de enfrentamento, ignorar a sensação dolorosa, rezar e esperar, catastrofização e aumento das atividades comportamentais. McCaul e Haugtvedt[36] realizaram um estudo comparando os efeitos da distração da atenção e da focalização da atenção na sensação dolorosa e verificou que a distração da atenção se revelou uma estratégia de enfrentamento mais eficaz. Na pesquisa realizada por Widar et al.,[37] cujo objetivo foi descrever a dor, as estratégias de enfrentamento e a experiência de enfrentar um longo tempo de dor após o AVE, verificou-se que diferentes estratégias de enfrentamento foram utilizadas, mas as mais comuns foram: compreender a dor, planejar atividades, tomar medicação, comunicar-se e distrair a atenção.

Gênero e enfrentamento da dor

Considerando que cada indivíduo desenvolve suas próprias estratégias de enfrentamento e que homens e mulheres vivenciam a dor de maneiras diferentes, pode-se supor que eles desenvolvam diferentes tipos de estratégias de enfrentamento.[38,39]

Jensen et al.[40] avaliaram as estratégias de enfrentamento utilizadas por pacientes de ambos os gêneros com longo período de dor musculoesquelética e suas consequências, e verificaram que as mulheres utilizaram estratégias de enfrentamento associadas a resultados disfuncionais. Nesse mesmo estudo, evidenciou-se que as mulheres com dor crônica tendem a catastrofizar mais do que os homens. Segundo Jensen,[41] homens e mulheres não diferem somente nas

respostas a estímulos dolorosos, mas também nos benefícios que obtêm com a estratégia de focalização da atenção na dor. Na pesquisa realizada por ele, observou-se que os homens se beneficiaram mais da estratégia de concentrar a atenção na sensação dolorosa do que as mulheres, que não tiveram benefício nenhum. Keogh e Herdenfeldt[38] realizaram pesquisa em que a estratégia de focar a atenção na sensação dolorosa foi novamente testada e concluíram que, nas condições em que a atenção era focalizada na sensação dolorosa, os homens apresentaram maior limiar e tolerabilidade à dor em relação às mulheres.

Keefe et al.[42] procuraram determinar prováveis diferenças de gênero com a avaliação diária de dor, do enfrentamento da dor e do humor em homens e mulheres com osteoartrite e observaram que as mulheres apresentaram aumento significativo da dor com o passar dos dias e que os homens apresentaram menos este padrão. Eles foram mais propensos do que as mulheres a experimentar aumento na eficácia do enfrentamento ao longo dos dias, utilizaram mais do que elas estratégias de enfrentamento centradas na emoção quando o humor era negativo e vivenciaram mais do que as mulheres aumento do humor negativo e diminuição do humor positivo quando a dor aumentava. Nos períodos de muita dor, os participantes tenderam a apresentar altos níveis de catastrofização, enfrentamento centrado no problema e na emoção, humor negativo e baixo nível de humor positivo. Durante os períodos de aumento do humor negativo, homens e mulheres diferiram quanto às escolhas das estratégias de enfrentamento: os homens utilizaram estratégias centradas na emoção mais do que as mulheres. Este dado sugere que, nos homens, o uso do enfrentamento focado na emoção é desencadeado pelo humor negativo, enquanto nas mulheres o enfrentamento focado na emoção está menos relacionado com o humor. Nesse estudo, as mulheres utilizaram mais o enfrentamento centrado no problema, independentemente do humor. Essa mesma pesquisa não confirmou os achados de pesquisas anteriores que sugeriram que as mulheres catastrofizam mais do que os homens. Evidenciouse que a catastrofização está mais associada ao humor negativo nos homens do que nas mulheres. Esse estudo também revelou que, após período de aumento da dor, os homens apresentaram aumento maior do humor negativo do que as mulheres, o que sugere que as mulheres são mais capazes de limitar as consequências emocionais causadas pela dor.

Affleck et al.[39] investigaram a relação entre o gênero e dor, humor e enfrentamento de pacientes com artrite reumatoide e osteoartrite e verificaram que as mulheres utilizaram mais estratégias focadas na emoção e no problema se comparadas aos homens, e os pacientes com artrite reumatoide, independentemente do gênero, utilizaram mais o conforto espiritual como modo de enfrentamento. De acordo Affleck et al.[39] e Unruh et al.,[43] as mulheres vivenciam dores mais intensas, mas conseguem limitar as consequências emocionais melhor do que os homens e utilizam mais estratégias de enfrentamento, especialmente aquelas que ajudam na regulação emocional, quando há aumento na dor.

Keogh e Denford[44] procuraram identificar a presença de diferenças quanto ao uso de estratégias de enfrentamento por homens e mulheres. Solicitaram que os sujeitos saudáveis respondessem primeiramente o questionário baseado neles mesmos e, em seguida, baseado nos homens e nas mulheres típicos. Os sujeitos sadios revelaram acreditar que as mulheres típicas utilizam mais do que os homens típicos a catastrofização, a distração da atenção e o ato de rezar como estratégias de enfrentamento. Quando se comparou a percepção que os participantes tinham de como enfrentariam a dor e de como homens e mulheres típicos o fariam, constataram que havia visão estereotipada de como os homens e as mulheres enfrentam a dor e que eles não se imaginam utilizando as mesmas estratégias de enfrentamento que atribuíram a homens e mulheres típicos.

Os estudos, portanto, revelam que há diferenças entre os gêneros quanto às estratégias de enfrentamento da dor e que essas diferenças, apesar de existirem, ainda são controversas. No entanto, há alguns resultados que parecem coincidir em várias pesquisas, como aqueles que indicam que as mulheres utilizam maior número de estratégias de enfrentamento do que os homens, não se beneficiam da concentração da atenção na dor e ainda conseguem limitar melhor do que os homens as consequências emocionais causadas pela dor. Quanto aos homens, pode-se verificar que eles se beneficiam da concentração da atenção na dor e utilizam mais estratégias de enfrentamento focadas na emoção quando o humor está negativo. A literatura consultada revelou que há relação entre a estratégia de enfrentamento, a intensidade da dor e o humor. Verificou-se que, quando a dor aumenta, as estratégias de enfrentamento também se alteram, assim como quando há piora do humor.

Gênero e enfrentamento da dor central

A dor central foi definida por Merskey e Bogduk[45] como "dor regional causada por lesão primária ou disfunção no sistema nervoso central com sensibilidade anormal a temperatura e a estímulos nocivos" (p. 43).

A dor central é intensa, constante e em queimor, sendo os principais fatores agravantes as alterações da temperatura, o estresse emocional e a movimentação.[46] A região onde se localiza a dor corresponde ao local inervado pela estrutura encefálica e onde a medula espinal está acometida. Indivíduos de todas as idades podem ser acometidos por essa dor, que pode se manifestar instantaneamente, mas costuma ocorrer semanas e meses depois da instalação da lesão, podendo ocorrer até anos depois, o que é mais raro.[45] Por ser contínua e persistente, limita muito a vida dos indivíduos e causa intenso sofrimento e prejuízo na qualidade de vida. Além disso, é uma das condições que menos melhora com o tratamento antálgico: quando há controle da dor, este é parcial na maioria dos casos.[46]

De acordo com Boivie,[47] a dor central pode ser causada por lesões vasculares encefálicas (infarto, hemorragia, malformações vasculares), esclerose múltipla, traumatismo da medula espinal, traumatismo encefálico, siringomielia, siringobulbia, tumores, abscessos, doenças inflamatórias, infecciosas, sífilis, epilepsia, doença de Parkinson etc.

As doenças cerebrovasculares são responsáveis por 85 a 90% dos casos de dor central encefálica.[48] As estimativas sugerem a existência de um importante contingente de portadores de dor central encefálica decorrente de AVE.[46,49] Estudos retrospectivos revelaram presença de 168 mil portadores de dor central encefálica nos EUA, em uma população de 250 milhões de habitantes.[50] Não existem estudos epidemiológicos para dor central encefálica no Brasil, mas a elevada prevalência de doenças cerebrovasculares sugere relevância epidemiológica.[51] A dor central encefálica pode iniciar concomitantemente ao AVE ou pode instalar-se anos após o evento.[48]

Nogueira[27] realizou uma pesquisa no Centro de Dor da Divisão de Clínica Neurológica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP) com doentes com dor central pós-AVE. Alguns dos objetivos da pesquisa foram identificar os processos de enfrentamento de homens e mulheres e comparar os processos de enfrentamento entre ambos os gêneros.

Participaram da pesquisa 50 sujeitos, sendo 25 homens e 25 mulheres com dor central decorrente de AVE isquêmico ou hemorrágico. Foram incluídos na pesquisa os sujeitos com idade igual ou superior a 30 anos, escolaridade mínima de 4 anos e presença de dor central decorrente de AVE há, pelo menos, 3 meses. Foram excluídos os sujeitos com déficit cognitivo, de linguagem ou com sintomas psicóticos, que não conseguiriam responder os instrumentos. Para verificar a presença de critérios de inclusão e exclusão foram utilizados os seguintes instrumentos: prontuários médicos, Mini Exame do Estado Mental (MEEM), entrevista clínica estruturada para escala breve de avaliação psiquiátrica e inquérito de dados demográficos e clínicos.

As estratégias de enfrentamento utilizadas por estes pacientes foram identificadas a partir da Escala Modos de Enfrentamento de Problemas (EMEP), versão desenvolvida por Seidl et al.,[52] construída por Vitaliano et al.[53] e traduzida e adaptada para a língua portuguesa por Gimenes e Queiroz.[54] É composta de 45 itens sobre o que as pessoas fazem, pensam ou sentem para enfrentar problemas e por uma pergunta aberta (Você tem feito alguma outra coisa para enfrentar ou lidar com essa dificuldade ou problema?).

Após analisar os prontuários dos sujeitos para se verificar a existência de critérios de exclusão e de inclusão e coletar informações demográficas e clínicas que configurassem o diagnóstico de AVE, os indivíduos que inicialmente se enquadraram nos critérios foram avaliados cognitivamente com o MEEM; os que apresentaram pontuação igual ou superior a 24 pontos e não apresentaram sintomas de transtorno psicótico após responderem as perguntas referentes aos quatro itens da entrevista clínica estruturada para escala breve de avaliação psiquiátrica responderam a EMEP.

O teste estatístico que possibilitou a comparação dos gêneros em relação às variáveis quantitativas foi o teste *t* para amostras independentes. Para as análises estatísticas das variáveis qualitativas, foi utilizado o teste Qui-quadrado. O nível de significância foi de 0,05.

A Tabela 11.1 mostra as médias, medianas, desvios padrão e níveis de significância de homens e mulheres e do total da amostra referente à frequência de uso das quatro estratégias de enfrentamentos medidas pela EMEP: enfrentamento centrado no problema (Enfr. Prob.), enfrentamento centrado na emoção (Enfr. Em.), busca de práticas religiosas e pensamentos fantasiosos (Prat. Relig. Pens. Fant.) e busca de suporte social (Sup. Soc.).

Tabela 11.1 Distribuição dos sujeitos de ambos os gêneros quanto às médias, medianas, desvios padrão (DP) e nível de significância (p) em relação à frequência de uso das estratégias de enfrentamento medidas pela EMEP.

Estratégias de enfrentamento	Média	Homens (mediana)	DP	Média	Mulheres (mediana)	DP	Média	Total (mediana)	DP	Teste *t* (p)
Enfr. Prob.	3,7	3,7	0,6	3,7	3,6	0,8	3,7	3,7	0,7	0,661
Enfr. Em.	2,3	2,1	0,7	2,2	2,1	0,6	2,3	2,1	0,7	0,545
Prat. Relig. Pens. Fant.	3,4	3,6	2,9	4	4,1	0,8	3,7	3,7	0,9	0,034
Sup. Soc.	2,9	2,8	1,1	3	3,2	0,8	2,9	3	1	0,897

Os homens e as mulheres apresentaram a mesma média de frequência de uso (3,7) do Enfr. Prob. No Enfr. Em., os homens apresentaram a média de 2,3 e as mulheres de 2,2. A média dos homens na Sup. Soc. foi de 2,9 e das mulheres 3. Quanto à Prat. Relig. Pens. Fant, as mulheres apresentaram média superior (4) a dos homens (3,4). Verificou-se diferença estatisticamente significativa entre homens e mulheres quanto ao uso desta estratégia.

Em relação à questão aberta da EMEP, as estratégias de enfrentamento referidas pelos sujeitos foram divididas em dois grupos: centradas no problema (buscar tratamento para a dor, fingir não sentir dor, ignorar a dor e aceitar a incapacitação pela dor) e centradas na emoção (distrair a atenção da dor, fazer autoafirmações de enfrentamento, controlar as emoções, realizar atividades espirituais e religiosas e buscar suporte social).

A Tabela 11.2 revela o número total de sujeitos e de homens e mulheres que relataram utilizar estratégias de enfrentamento centradas no problema.

Tabela 11.2 Distribuição dos sujeitos de ambos os gêneros em números absolutos (n) e níveis de significância (p) quanto ao uso de estratégias de enfrentamento centradas no problema em relação à pergunta aberta da EMEP.

PRODUTO DE USO EXCLUSIVO DA EDITORA ATHENEU. Proibida a comercialização. Disponível em www.bibliotecaolivre.com.br/_CustId_161477952

Estratégias de enfrentamento centradas no problema	Homens (n)	Mulheres (n)	Total (n)	Teste *t* (p)
Buscar tratamento para dor	10	10	20	0,613
Ignorar a dor	3	5	8	0,351
Aceitar a incapacitação pela dor	2	3	5	0,500
Total	**15**	**21**	**36**	

Buscar tratamento para a dor foi a estratégia de enfrentamento centrada no problema mais utilizada, sendo referida por 10 homens e 10 mulheres; a estratégia de ignorar a dor foi mencionada por 3 homens e 5 mulheres; fingir não sentir dor foi estratégia relatada por 3 mulheres e nenhum dos homens, e aceitar a incapacitação pela dor foi referida como estratégia de enfrentamento por 2 homens e 3 mulheres. A análise estatística não revelou diferença significativa entre homens e mulheres quanto às estratégias de enfrentamento centradas no problema na questão aberta da EMEP, como mostrou a Tabela 11.2.

A Tabela 11.3 apresenta o número de sujeitos que referiram utilizar as estratégias de enfrentamento centradas na emoção.

Tabela 11.3 Distribuição dos sujeitos de ambos os gêneros em números absolutos (n) e níveis de significância (p) quanto ao uso de estratégias de enfrentamento centradas na emoção em relação à questão aberta da EMEP.

Estratégias de enfrentamento centradas na emoção	Homens (n)	Mulheres (n)	Total (n)	Teste *t* (p)
Distrair a atenção da dor	16	16	32	0,616
Fazer autoafirmações de enfrentamento	3	1	4	0,305
Controlar as emoções	2	2	4	0,695
Realizar atividades espirituais e religiosas	0	5	5	0,025
Buscar suporte social	5	6	11	0,500
Total	**26**	**30**	**56**	

Distrair a atenção da dor foi a estratégia de enfrentamento centrada na emoção mais utilizada, referida por 16 homens e 16 mulheres. Buscar suporte social foi mencionada por 5 homens e 6 mulheres; a estratégia de buscar atividades espirituais e religiosas foi relatada somente por 5 mulheres, não sendo mencionada por nenhum homem. Quatro sujeitos disseram usar as estratégias de fazer autoafirmações de enfrentamento e controlar as emoções, sendo que a primeira estratégia foi referida por 3 homens e 1 mulher, e a segunda por 2 homens e 2 mulheres.

Somente as mulheres (5) revelaram usar a estratégia de buscar atividades espirituais e religiosas como modo de enfrentamento da dor. A análise estatística realizada por meio do teste *t* mostrou haver diferença estatisticamente significativa entre homens e mulheres quanto ao uso desta estratégia de enfrentamento.

Os dados explicitados revelaram que houve diferença estatisticamente significativa entre homens e mulheres em relação à frequência do uso da estratégia Prat. Relig. Pens. Fant da EMEP, em que as mulheres revelaram utilizar mais do que os homens. Na questão aberta desta mesma escala, em que foram criadas categorias de enfrentamento, constatou-se diferença estatisticamente significativa entre homens e mulheres quanto à estratégia de realizar atividades espirituais e religiosas. Com base nestes dados, é possível constatar que as mulheres da amostra utilizam atividades espirituais e religiosas com mais frequência do que os homens.

Na questão aberta pertencente à EMEP, as mulheres apresentaram 51 respostas de estratégias de enfrentamento somando as centradas no problema e na emoção, e os homens, 41. Comparando o número de respostas, verificou-se que as mulheres apresentaram um número maior de respostas referentes às estratégias de enfrentamento do que os homens. Diante disso, pôde-se levantar a hipótese de que as mulheres que participaram da pesquisa utilizam um número maior de estratégias de enfrentamento do que os homens. Este dado é condizente com o de Affleck et al.,[39] que constataram que as mulheres utilizam mais estratégias de enfrentamento do que os homens.

A estratégia de enfrentamento mais referida pelos sujeitos foi distrair a atenção da dor. Esta é uma das sete estratégias básicas de enfrentamento da dor consideradas por Rosenstiel e Keefe.[35] Em uma pesquisa em que um dos objetivos foi identificar as estratégias de enfrentamento utilizadas por indivíduos com um longo tempo de dor, também se verificou que a distração da atenção foi uma das mais utilizadas pelos sujeitos.[37] McCaul e Haugtvedt[36] verificaram que esta estratégia de enfrentamento é mais eficaz para a dor se comparada à estratégia focalização da atenção na sensação dolorosa. O resultado na presente pesquisa e os resultados das outras pesquisas mencionadas possibilitam levantar a hipótese de que distrair a atenção da dor é uma estratégia eficaz no enfrentamento da dor central causada por AVE.

Considerações finais

Ao longo deste capítulo, foram explicitados vários estudos sobre gênero e dor envolvendo diversos aspectos, principalmente aspectos cognitivos e comportamentais. Verificou-se consenso em muitos estudos em relação a alguns resultados; no entanto, alguns estudos mostraram resultados controversos, que precisam ser mais explorados em pesquisas futuras.

Vale ressaltar a escassez de estudos sobre a relação entre gênero e dor e dor central no Brasil e a necessidade de se desenvolver novas pesquisas sobre este tema, as quais podem contribuir para o tratamento dos pacientes com dores crônicas.

Referências bibliográficas

1. AMARAL, C. C. G. Debates de gênero: a transversalidade do conceito. Fortaleza: UFC, 2005. p. 13-28.
2. SCOTT, J. W. Gender and the politics of history. New York: Columbia University, 1988.
3. OLINTO, M. T. A. Reflexões sobre o uso do conceito de gênero e/ou sexo na epidemiologia: um exemplo nos modelos hierarquizados de análise. Rev. Bras. Epidemiol, v. 1, n. 2, p. 161-169, 1998.
4. ALBUQUERQUE, R. M. et al. Mortalidade materna em Recife: avaliação da subenumeração de estatísticas oficiais. Cad. Saúde Pública, v. 13, p. 59-65, 1997.
5. ALVES, A. M.; COURA-FILHO, P. Avaliação das ações de atenção às mulheres sob violência no espaço familiar, atendidas no centro de apoio à mulher (Belo Horizonte), entre 1996 e 1998. Ciênc. Saúde Colet., v. 6, p. 243-257, 2001.
6. VICTORA, C.; KNAUTH, D. R. Corpo, gênero e saúde: a contribuição da antropologia. In: STREY, M. N.; CABEDA, S. T. L. Corpo e subjetividade em exercício interdisciplinar. Porto Alegre: Edpucrs, 2004.
7. MYERS, C. D.; RILEY, J. L.; ROBINSON, M. E. Psychosocial contributions to sex-correlated differences in pain. Clin. J. Pain, v. 19, n. 4, p. 225-232, 2003.
8. FILLINGIM, R. B. Sex-related influences on pain: a review of mechanisms and clinical implications. Rehabil. Psychol, v. 48, n. 3, p. 165-174, 2003.
9. UNRUH, A. M. Gender variations in clinical pain experience. Pain, v. 65, p. 123-167, 1996.
10. AL'ABSI, M.; PETERSEN, K. L.; WITTMERS, L. E. Adrenocortical and hemodynamic predictors of pain perception in men and women. Pain, v. 96, p. 197-204, 2002.
11. DIXON, K. E.; THORN, B. E.; WARD, C. An evaluation of sex differences in psychological and physiological responses to experimentally-induced pain: a path analytic description. Pain, v. 112, p. 188-196, 2004.
12. HELLSTROM, B.; ANDERBERG, U. M. Pain perception across the menstrual cycle phases in women with chronic pain. Percept. Mot. Skills, v. 96, p. 201-211, 2003.
13. KANG, S. C. et al. Association between estrogen receptor polymorphism and pain susceptibility in female temporomandibular joint osteoarthritis patients. Int. J. Oral Maxillofac. Surg., v. 36, n. 5, p. 391-394, 2007.
14. GREENSPAN, J.D. et al. Studying sex and gender differences in pain and analgesia: a consensus report. Pain, v. 132, p. 26-45, 2007.
15. GOLOMBOCK, S.; FIVUSH, R. Gender development. New York: Cambridge University, 1995. p. 1-37.
16. NAYAK, S. et al. Culture and gender effects in pain beliefs and the prediction of pain tolerance. Cross-Cult. Res., v. 34, p. 135-151, 2000.
17. HOBARA, M. Beliefs about appropriate pain behavior: cross-cultural and sex differences between Japanese and Euro-American. Eur. J. Pain, v. 9, p. 389-393, 2005.
18. ASLAKSEN, P. M. The effect of experimenter gender on autonomic and subjective responses to pain stimuli. Pain, v. 129, p. 260-268, 2007.
19. KALLAI, I.; BARKE, A.; VOSS, U. The effects of experimenter characteristic on pain reports in women and men. Pain, v. 112, p. 142-147, 2004.
20. MARQUIE, L. et al. Pain rating by patients and physicians: evidence of sistematic pain miscalibration. Pain, v. 102, p. 289-296, 2003.
21. KOUTANTJI, M.; PEARCE, S. A.; OAKLEY, D. A. The relationship between gender and family history of pain with current pain experience and awareness of pain in others. Pain, v. 77, p. 25-31, 1998.
22. FILLINGIM, R. B.; NESS, T. J. Sex-related hormonal influences on pain and analgesic responses. Neuroscience and Behavioral Reviews, v. 24, n. 4, p. 485-501, 2000.
23. EDWARDS, P. W. Familial pain models: the relationship between family history of pain and current pain experience. Pain, v. 21, p. 379-384, 1985.
24. NEUMANN, L.; BUSKILA, D. Quality of life and physical functioning of relatives of fibromyalgia patients. Sem. Arth. Rheum., v. 26, p. 834-839, 1997.
25. LESTER, N.; LEFEBVRE, J. C.; KEEFE, F. J. Pain in young adults: relationship to gender and family pain history. Clin. J. Pain, v. 10, p. 282-289, 1994.
26. NOGUEIRA, M. As diferenças entre homens e mulheres no enfrentamento da dor. Dor, v. 9, n. 2, p. 1242-1252, 2008.
27. NOGUEIRA, M. Gênero: representação cognitiva e enfrentamento da dor central decorrente de acidente vascular encefálico. 2010. Dissertação – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

VENDEDOR@SUPERSOMBRA.COM.BR
PRODUTOS http://lista.mercadolivre.com.br/_CustId_161477952
28. JUSTO, L. P.; CALIL, H. M. Depressão – o mesmo acometimento para homens e mulheres? Rev. Psiquiatr. Clín., v. 33, n. 2, p. 74-79, 2006.
29. BUCKELEW, S. P. Health *locus* of control, gender differences and adjustment to persistent pain. Pain, v. 42, n. 3, p. 287-294, 1990.
30. FROT, M.; FEINE, J. S.; BUSHNELL, M. C. Sex differences in pain perception and anxiety. A psychophysical study with topical capsaicina. Pain, v. 108, p. 230-236, 2004.
31. JONES, A.; ZACHARIAE, R.; ARENDT-NIELSEN, L. Dispositional anxiety and the experience of pain: gender-specific effects. Eur. J. Pain, v. 7, n. 5, p. 387-395, 2003.
32. EDWARDS, R.; AUGUSTSON, E.; FILLINGIM, R. Sex-specific effects of pain-related anxiety on adjustment to chronic pain. Clin. J. Pain, v. 16, p. 46-53, 2000.
33. LAZARUS, R. S.; FOLKMAN, S. Stress, appraisal, and coping. New York: Springer, 1984.
34. PORTNOI, A. G. O enfrentamento da dor. In: TEIXEIRA, M. J.; BRAUN, J. L.; MARQUEZ, J. O. Dor: contexto interdisciplinar. Curitiba: Mayo, 2003. p. 205-212.
35. ROSENSTIEL, A.; KEEFE, F. J. The use of coping strategies in chronic low back pain patients: relationship to patient characteristics and current adjustment. Pain, v. 17, p. 33-44, 1983.
36. MCCAUL, K. D.; HAUGTVEDT, C. P. Attention, distraction, and cold-pressor pain. J. Pers. Soc. Psychol, v. 43, p. 154-162, 1982.
37. WIDAR, M.; ANNA-CRISTINA, E. K.; AHLSTRO, G. Coping with long-term pain after a stroke. J. Pain Symptom Manage., v. 27, n. 3, p. 215-225, 2004.
38. KEOGH, E.; HERDENFELDT, M. Gender, coping and perception of pain. Pain, v. 97, p. 195-201, 2002.
39. AFFLECK, G. et al. Everyday life with osteoarthritis or rheumatoid arthritis: independent effects of disease and gender on daily pain, mood, and coping. Pain, v. 83, p. 601-609, 1999.
40. JENSEN, I. B. et al. Coping whit long-term musculoskeletal pain and its consequences: is gender a factor? Pain, v. 57, p. 167-172, 1994.
41. JENSEN, I. B. et al. A randomized controlled component analysis of a behavioral medicine rehabilitation program for chronic spinal pain: are de effects dependent on gender? Pain, v. 91, p. 65-78, 2001.
42. KEEFE, F. J. et al. Gender differences in pain, coping, and mood in individuals having osteoarthritic knee pain: a within-day analysis. Pain, v. 110, p. 571-577, 2004.
43. UNRUH, A. M.; RITCHIE, J.; MERSKEY, H. Does gender affect appraisal of pain and pain coping strategies? Clin. J. Pain, v. 15, p. 31-40, 1999.
44. KEOGH E, DENFORD S. Sex differences in perceptions of pain coping strategy usage. Eur. J. Pain, v. 13, n. 6, p. 629-634, 2009.
45. MERSKEY, H.; BOGDUK, N. Classification of chronic pain. 2ª ed. Seattle: IASP Press, 1994.
46. OLIVEIRA, R. A. A. Dor central na doença vascular encefálica: caracterização de uma amostra e correlação das variáveis clínicas da expressão somática da dor com as imagens do encéfalo. Dissertação – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.
47. BOIVIE, J. Central Pain. In: WALL, P. D.; MELZACK, R. Text book of pain. 2ª ed. New York: Raven Press, 1999. p. 879-913.
48. TASKER, R. R.; CARVALHO, G.; DOSTROVSKY, J. O. The history of central pain syndromes, with observations concerning pathophysiology and treatment. In: CASEY, K. L. Pain and central nervous system disease: the central pain syndromes. New York: Raven Press, 1991. p. 31-64.
49. AMÂNCIO, E.J. et al. Dor central devido a compressão do córtex parietal por tumor cerebral. Arq. Neuro-Psiquiatr., v. 20, n. 2, p. 487-489, 2002.
50. BONICA, J. J. Introduction: semantic, epidemiologic and educational issues. In: CASEY, K. L. Pain and central nervous system disease: the central pain syndromes. New York: Raven Press, 1991. p. 13-29.
51. OLIVEIRA, R. A. A. Dor central encefálica. In: ALVES, O. N. et al. Dor: princípios e prática. Porto Alegre: Artmed, 2009. p. 887-901.
52. SEIDL, E. M. F.; TRÓCCOLI, B. T.; ZANNON, C. M. L. C. Análise fatorial de uma medida de estratégia de enfrentamento. Psicologia: Teoria e Pesquisa, v. 17, n. 3, p. 225-234, 2001.
53. VITALIANO, P. P. et al. The ways of coping checklist: revision and psychometric properties. Multivar. Behav. Res., v. 20, p. 3-26, 1985.
54. GIMENES, M. G. G.; QUEIROZ, B. As diferentes fases de enfrentamento durante o primeiro ano após a mastectomia. In: GIMENES, M. G. G.; FÁVERO, M. H. A mulher e o câncer. Campinas: Editorial Psy, 1997. p. 171-195.

VENDEDOR APOSTILASMEDICINA@HOTMAIL.COM
PRODUTOS http://lista.mercadolivre.com.br/_CustId_161477952

12

Habilidades Sociais na Síndrome de Fibromialgia

Maria Amélia Penido

Fibromialgia

Fibromialgia é uma síndrome crônica que acomete principalmente mulheres, caracterizada por queixa dolorosa musculoesquelética difusa e pela presença de pontos palpáveis hipersensíveis e dolorosos à pressão, em regiões anatomicamente determinadas. Essas pacientes referem dores por todo o corpo, fadiga e alteração do sono, e frequentemente apresentam comorbidade com depressão e ansiedade.

A fibromialgia aparece também associada a transtornos psiquiátricos, principalmente depressão e ansiedade. Para Ford (citado por D'Ávila et al.[1]), esse quadro de dor crônica aparece associado a um histórico de peregrinações médicas, uma dificuldade de abordar problemas na esfera psicossocial e uma forte tendência de fazer da condição de doente um estilo ou "modo de vida". Em um trabalho realizado por Baptista et al.[2] com pacientes fibromiálgicos, os autores identificaram um padrão de comportamento comum, com as seguintes características: autoconceito de pessoa fraca e incapaz de lidar com estresse; dificuldade de elaborar sentimentos negativos; enfrentamento inadequado; dificuldade no vínculo médico-paciente; foco permanente nos processos corporais que são experimentados como perturbadores; tendência a experimentar sintomas físicos numerosos e variados em resposta a estressores emocionais e sociais; comportamento anormal de doente, com procura grande por consultas médicas; ganho secundário; identificação com pessoas enfermas na família; reforço familiar ao papel de doente e incapacidade de reconhecer e interpretar emoções simbolicamente, além da presença de depressão e ansiedade em muitas pacientes.

Dor em fibromialgia

De acordo com Mello Filho,[3] quando uma pessoa sente dor, essa experiência é seguida de um comportamento: reclamar, gemer, executar determinados gestos ou assumir determinadas posições que visam a melhorar a dor. Essa conduta comum tem como objetivo comunicar o que está se passando e solicitar ajuda. Para Fordyce (citado por Mello Filho[2]), o comportamento de dor decorre de um processo de reforço. O comportamento de dor pode ser reforçado diretamente pela atenção familiar e médica, ou pode ser reforçado indiretamente pela esquiva de situações desagradáveis ou obrigações penosas. O fato de estar com dor muitas vezes serve para evitar determinadas tarefas desagradáveis, como arrumar a casa ou dizer não.

De acordo com Fortes,[4] no grupo dos somatizadores crônicos estão incluídas as chamadas síndromes funcionais, doenças que não apresentam alterações anatomopatológicas conhecidas, em que os pacientes apresentam queixas inespecíficas e adesão ao papel de doente. São pacientes crônicos com alto grau de comprometimento do funcionamento

social. Para muitos autores, a fibromialgia é uma síndrome funcional.[4-7] De acordo com Fortes,[4] as síndromes funcionais, como a fibromialgia, a síndrome do colón irritável e a cefaleia tensional, representam um grupo de pacientes que frequentemente apresentam somatização, mas cujos limites entre o sofrimento mental e alterações orgânicas ainda estão bem pouco compreendidas. De acordo com Baptista et al.,[2] esses pacientes podem apresentar alterações na estruturação da personalidade, reconhecendo a si mesmos como doentes. Ocorre uma adesão à identidade de doente, com dificuldades para lidar com conflitos e responsabilidades, criando sentimentos de fraqueza e impotência que são expressos em queixas de dor e cansaço. Para eles, ser doente é um modo de vida, os pacientes se reconhecem como doentes e adotam essa identidade perante seu grupo social e familiar. Muitas vezes, no processo de estruturação dessa identidade, os pacientes são liberados de assumir responsabilidades e obrigações, e esses ganhos podem se tornar reforçadores para a adesão à identidade de doente. Os ganhos secundários podem ser os reforçadores sociais, como atenção da família e benefícios financeiros, além da esquiva de situações sociais conflitivas ou de impotência e submissão. Nesse caso, a falta de algumas habilidades sociais de enfrentamento, como assertividade, poderia funcionar como um fator que reforça a adesão à doença.

Alguns autores consideram que a aprendizagem social desempenha um papel importante no desenvolvimento e na manutenção da dor crônica.[7-10]. De acordo com essa perspectiva, os comportamentos de dor podem ser adquiridos por meio de modelação, que é a aprendizagem decorrente da observação de um modelo.[11] O ambiente social e a cultura em que um indivíduo está inserido influenciam a sua percepção e interpretação de sintomas, determinando como esse indivíduo vai agir ao ficar doente. O comportamento de outras pessoas de sentir dor é um evento que chama atenção. Talvez a tendência de dirigir atenção à dor tenha uma relação evolutiva com a sobrevivência, e, por esse mecanismo, crianças poderiam aprender a evitar experiências que causam dor e poderiam aprender como devem lidar com a dor. Um estudo realizado por Dura e Beck (citado por Winterowd et al.[12]) concluiu que filhos de pacientes com dor crônica tendem a ter um baixo nível de habilidades sociais, mais problemas de comportamento, como faltar mais ao colégio, e ter mais dias de reclamação de doença em comparação com filhos de pacientes diabéticos.

De acordo com Fortes,[10] a maneira como um indivíduo sente dor relaciona-se à maneira como ele comunica este sofrimento. A construção desse padrão de sofrimento sofre influências familiares que, por sua vez, sofre influências do sistema social e cultural em que está inserido. A maneira como cada indivíduo elabora sua doença e expressa sua dor é resultado de um aprendizado construído a partir da imitação de modelos e do reforço de seu papel de doente.

Habilidades sociais

O campo de estudo das habilidades sociais é recente e vem recebendo cada vez mais atenção, principalmente pela relação existente entre o repertório de habilidades sociais e a saúde, a satisfação pessoal, a realização profissional e a qualidade de vida.[13]

De acordo com Argyle,[14] os transtornos mentais envolvem principalmente problemas de comunicação e de relações interpessoais. Alguns estudos identificam altas taxas de inadequação social associadas a problemas psicológicos e psiquiátricos, embora não afirmem uma relação de causalidade entre esses fatores.

O campo das habilidades sociais teve sua época de maior difusão em meados da década de 1970 e continua atualmente sendo um campo crescente de interesse e pesquisa. Iniciou-se com os estudos de Salter[15] sobre desempenho social, seguido pelos estudos de Wolpe,[16] primeiro autor a empregar o termo "assertivo", dando início a um amplo movimento denominado treino assertivo (TA). Wolpe criou um método para tratar a ansiedade e facilitar a expressão de sentimentos, definindo a assertividade como a capacidade de expressar adequadamente qualquer emoção, que não fosse ansiedade, em relação a outra pessoa.

Paralelamente ao surgimento dos estudos sobre assertividade nos EUA, ocorria na Inglaterra o desenvolvimento de estudos sobre habilidades sociais. Em 1967, Argyle e Kendon,[17] influenciados pelo conceito de "habilidade" aplicado às interações homemmáquina, introduziram o uso do termo habilidades na interação homem-homem usando o termo habilidades sociais, tendo início aí a área de treinamento em habilidades sociais (THS), caracterizada como um conjunto de técnicas que se aplicam a todo e qualquer déficit de natureza interpessoal, sendo um campo de estudos abrangente.

Falcone[18] considera que o comportamento socialmente habilidoso abrange, além dos desempenhos verbais e não verbais em situações de interação, aspectos cognitivos, de percepção e de processamento de informação. Um comportamento socialmente habilidoso deve incluir a especificação de três elementos: um elemento comportamental relacionado com o tipo de habilidade; um elemento cognitivo das variáveis do indivíduo e um elemento situacional referente ao contexto em que se está inserido.[19] De acordo com Bendell et al. (citados por Falcone[19]), as habilidades sociais incluem três elementos principais: 1) selecionar de maneira precisa informações relevantes de um contexto interpessoal; 2) fazer uso dessas informações para emitir comportamentos apropriados dirigidos à meta; e 3) desempenhar tais comportamentos obtendo e mantendo a meta de boas relações com os outros. Em Falcone,[18,19] a assertividade é entendida como um componente das habilidades sociais que, muitas vezes, não é suficiente para produzir um comportamento socialmente habilidoso. Ressalta-se a importância da habilidade empática e da habilidade para solucionar problemas interpessoais.

A assertividade é definida por Lange e Jakubowski[20] como a capacidade de uma pessoa expressar seus sentimentos de uma maneira direta, honesta e adequada. A assertividade pode ser também uma habilidade para defender seus direitos sem violar o direito de outros. O treinamento assertivo tem demonstrado ser útil para aumentar a autoestima e reduzir a

ansiedade e depressão, porém parece não ser suficiente para aumentar a conexão interpessoal e estabelecer vínculos.[20] Falcone[18,19] aponta a empatia como uma habilidade importante que pode complementar a assertividade, produzindo resultados mais habilidosos.

As habilidades sociais são mais comumente aprendidas de modo não sistemático nas relações interpessoais com as outras pessoas, com os pais, o círculo de amigos, o cônjuge, os colegas de trabalho e a mídia em geral, que são importantes agentes de promoção ou de restrição do repertório de habilidades sociais; mas também de maneira sistemática, por meio de programas de treinamento em habilidades sociais tanto terapêuticos como preventivos.[21] Desse modo, ao se identificar as deficiências no repertório de habilidades sociais de uma população, é possível criar maneiras de desenvolvimento dessas habilidades, cujo objetivo é melhorar a qualidade de vida.

Dor crônica e habilidades sociais

A relação entre repertório de habilidades sociais e fibromialgia ainda não é bem especificada na literatura, porém muitos manuais de tratamento para dor crônica incluem sessões dedicadas ao treinamento de habilidades sociais, principalmente assertividade. Na literatura científica, muitos estudos têm incluído o treino assertivo e de habilidades de comunicação no tratamento de pacientes com dor crônica.[12,22-25]

Em um artigo de 1990, Cowan e Lovasike[26] descrevem um programa de estratégias para sobreviver à dor crônica, reunidas pela Associação Americana de Dor Crônica. Esse programa tem como objetivo educar os pacientes a respeito da visão multidimensional da dor crônica e ensinar estratégias de manejo. Uma dessas estratégias é o treino assertivo, além de técnicas de relaxamento, seleção de objetivos e discussão da importância do foco exagerado na dor. Outro tratamento em grupo, proposto por Pfeiffer et al.,[25] inclui sessões que abordam problemas de comunicação e socialização.

Philips[22] propõe um manual de tratamento psicológico para dor crônica em grupo, em que a 6ª sessão é dedicada a um treino assertivo. A autora expõe a importância desse aspecto do tratamento ressaltando que pacientes com dor crônica frequentemente usam a dor para obter ganhos secundários. Para a autora, o treino assertivo pode diminuir esses comportamentos que ajudam a manter o quadro de dor crônica. Em outro programa de tratamento para dor crônica, Caudill[23] inclui o treino assertivo como parte das intervenções consideradas relevantes, estando incluído no tópico comunicação eficaz. A autora justifica a inclusão desse tópico no tratamento ao expor que pacientes que sofrem de dor crônica sentem muita angústia, não apenas como resultado da dor, mas também pela tentativa de se comunicar com os outros a respeito de sua dor, o que causa uma dificuldade de comunicação que pode agravar o quadro ou funcionar como um fator de manutenção da dor.

Em um livro sobre tratamento cognitivo-comportamental para pacientes com dor crônica, Winterowd et al.[12] ressaltam a assertividade como um importante tópico a ser trabalhado com esses pacientes, dedicando um capítulo do livro ao assunto; nesse capítulo, os autores não citam nenhuma referência bibliográfica que justifique a importância desse tópico no tratamento. Os autores consideram que pessoas com esse problema precisam aprender a se comunicar diretamente com muitas pessoas (cônjuge, filhos, parentes, médicos, enfermeiros) sobre a dor, suas emoções, seus pensamentos, vontades e necessidades. Consideram que desenvolver a assertividade pode ajudar os pacientes a lidar melhor com sua dor e melhorar sua relação com os outros; aprender a compartilhar necessidades e vontades sem ofender outras pessoas no processo pode melhorar a qualidade das relações e favorecer o recebimento de suporte.

Em um estudo realizado por Williams et al.[27], que investiga a eficácia de um tratamento cognitivo-comportamental em grupo com seis sessões para pacientes fibromiálgicos, na sessão 4 são trabalhadas habilidades de comunicação e treino assertivo. Fortes,[10] em um artigo sobre o paciente que sofre com dor, identifica como característica desses pacientes uma dificuldade de dizer não. Philips[22] considera que os problemas psicológicos de pacientes com dor crônica podem ser influenciados por uma variedade de fatores que incluem a falta de habilidades sociais.

Esses estudos indicam que muitos autores consideram o treino assertivo ou o treino em algumas habilidades sociais um fator importante no tratamento da dor crônica.

Fibromialgia e habilidades sociais

Uma pesquisa realizada por Penido[28] buscou investigar o repertório de habilidades sociais de pacientes fibromiálgicas. Avaliou especificamente a presença de déficits em habilidades sociais em pacientes diagnosticadas com fibromialgia, além de avaliar se as habilidades sociais em pacientes com fibromialgia diferenciavam-se daquelas presentes em pacientes com outras patologias que apresentam dor crônica, no caso, artrite reumatoide. Estudou também a prevalência de ansiedade e depressão.

Nessa pesquisa, foram selecionados 105 sujeitos divididos em três grupos: 35 mulheres diagnosticadas com fibromialgia; 35 mulheres diagnosticadas com artrite reumatoide; e 35 mulheres sem patologia crônica, constituintes do grupo-controle.

Os dados foram coletados no Ambulatório de Reumatologia do Hospital Universitário Pedro Ernesto por meio dos seguintes instrumentos: ficha de identificação; Critério Brasil; escala hospitalar de ansiedade e depressão (HAD); Questionário da Avaliação da Saúde; Inventário de Graduação de Dificuldades em Situações Sociais e Inventário de

Habilidades Sociais (IHS). Para a análise dos dados, foi utilizado o pacote estatístico SPSS, que incluiu teste *t* de Student, ANOVA e qui-quadrado.

É objetivo deste capítulo descrever os resultados dessa pesquisa, refletindo sobre a relação entre habilidades sociais e fibromialgia. Inicialmente, serão abordados os resultados que caracterizaram a amostra do estudo. Em seguida, os resultados encontrados quanto às habilidades sociais.

Resultados que caracterizam a amostra da pesquisa

Idade

A idade média do grupo com fibromialgia foi mais alta (50 anos), o que vai ao encontro dos dados das pesquisas de Angelloti,[9] que encontrou uma faixa etária entre 51 e 60 anos, com toda a amostra do sexo feminino; McCain,[29] que encontrou uma média de idade de 52 anos com 90% da amostra do sexo feminino; Turk[7] et al., que encontraram uma média de idade de 47 anos com 97% da amostra do sexo feminino; Fessbender et al.,[30] que encontraram uma média de idade de 50 anos com 98% da amostra do sexo feminino; e Okifuji et al.,[31] que encontraram uma média de idade de 48 anos com 96% da amostra do sexo feminino.

Sexo

Não existe na literatura nenhum consenso sobre o fato da prevalência em mulheres ser maior. De acordo com D'Ávila et al.,[1] uma hipótese para a maior prevalência em mulheres seria o fato de o adoecimento ser socialmente aceito para as mulheres, e o papel de doente se ajustar melhor aos outros papéis e responsabilidades femininas; já para os homens, esse papel seria mais estigmatizante. Alguns autores apontam a necessidade de mais estudos investigando essa questão.[1,9,31] Embora esse estudo utilize sexo feminino como critério de inclusão, não se observou a presença de nenhum homem com esse diagnóstico em todo o período de trabalho de campo no ambulatório de fibromialgia. Esse critério foi útil para garantir homogeneidade entre os três grupos.

Estado civil

Conforme os dados obtidos na amostra, 72,2% das mulheres com fibromialgia são casadas. Esse dado é semelhante aos dados encontrados na pesquisa de Turk et al.,[7] em que o grupo de mulheres casadas corresponde a 65% da amostra; e Okifuji et al.,[31] em que esse dado corresponde a 55% da amostra.

Condição de trabalho

No tocante à condição de trabalho da amostra, o grupo com fibromialgia e o grupo com artrite reumatoide aparecem distribuídos de maneira semelhante entre as categorias, com uma concentração maior na categoria do lar. Já o grupo-controle apresenta uma concentração maior na categoria ativo. No estudo de Angelotti,[9] 60% da amostra aparecem na categoria do lar.

Escolaridade

Quanto ao grau de escolaridade, os três grupos aparecem distribuídos de maneira semelhante, com uma concentração maior nas categorias ensino fundamental incompleto e ensino fundamental completo. Esses dados vão ao encontro dos dados do estudo de Angelotti,[9] em que 65% da amostra tinham o ensino fundamental incompleto. Esses dados diferem dos dados encontrados nas pesquisas norte-americanas em que o grau de escolaridade das amostras aparece, em sua maioria, com um nível de escolaridade mais alto, por exemplo: no estudo de McCain, 89% dos sujeitos têm nível superior, como também no estudo de Okifuji et al.,[31] 81% dos sujeitos têm nível superior. Essa diferença talvez seja em função de, no Brasil, as classes menos privilegiadas fazerem uso dos serviços das clínicas públicas.

Histórico de atendimento psicológico

Em relação ao histórico de tratamento psicológico, o grupo com fibromialgia, comparado aos grupos com artrite reumatoide e controle, apresenta um número maior de sujeitos nas categorias tratamento psicológico atual e anterior. Esses dados podem estar relacionados com os dados encontrados por Kirmayer et al.,[32] em que os pacientes fibromiálgicos, em comparação com outros pacientes reumatológicos, relatam níveis mais altos de dor e prejuízo social. Alguns dados na literatura apoiam a ideia de que pacientes com fibromialgia tendem a avaliar negativamente seu quadro, com uma tendência à catastrofização e pouca habilidade para lidar com a doença, acarretando um prejuízo maior.[1,10,33] Talvez esse prejuízo maior favoreça a procura de atendimento psicológico. Contudo, os dados dessa amostra podem estar comprometidos em relação a essa categoria, uma vez que as médicas do ambulatório de fibromialgia do HUPE se mostraram inclinadas a encaminhar as pacientes para tratamento psicológico. São necessários mais estudos que investiguem a relação entre fibromialgia e histórico de atendimento psicológico.

Tempo de diagnóstico

Um resultado interessante encontrado foi em relação à diferença de tempo de início dos sintomas e tempo de diagnóstico entre o grupo com fibromialgia e o grupo com artrite reumatoide. Os dois grupos não apresentaram diferenças quanto ao tempo de início dos sintomas, com uma média em torno de 9 anos. Já em relação ao tempo de diagnóstico, as médias apresentaram uma diferença significativa, tendo o grupo com artrite reumatoide uma média em torno de 2 anos, e o grupo com fibromialgia uma média em torno de 7 anos. Isso indica que o grupo com fibromialgia espera, em média, 7 anos para receber um diagnóstico, enquanto o grupo com artrite reumatoide espera em torno de 2 anos. De acordo com D'Ávila et al.,[1] na fibromialgia, o quadro de dor crônica conjuga-se com um histórico de peregrinações médicas, em que as pacientes, muitas vezes, sofrem com uma demora para receber uma explicação do seu quadro de dor. Talvez isso tenha relação com o modo como é realizado o diagnóstico de fibromialgia, que muitas vezes ocorre por exclusão.

Depressão

Os resultados encontrados em relação à depressão indicam que o grupo com fibromialgia aparece mais associado à depressão do que o grupo-controle, com uma chance oito vezes maior de ter depressão (OR = 8,682; IC = 2,7;27,5). Esse dado corrobora os encontrados na literatura, que indicam uma prevalência maior de depressão em pacientes com fibromialgia. O estudo de Okifuji et al.[31] encontrou uma prevalência alta de depressão em pacientes com fibromialgia, apontando uma variação de 14 a 71%, enquanto na população geral a prevalência estimada é de 2,7 a 4,6%. Comparando o grupo com artrite reumatoide nos subgrupos de fibromialgia e controle, não foram encontradas diferenças significativas; embora o grupo com artrite reumatoide apresente mais depressão que o controle, essa diferença não é significativa. A literatura aponta que a associação entre dor e depressão pode decorrer do prejuízo causado por um quadro de dor crônica.[7,9,10,31,32] Dessa maneira, uma prevalência maior de depressão no grupo com artrite reumatoide em comparação ao grupo-controle pode ser resultado dos prejuízos ocasionados pelo quadro de dor crônica. Entretanto, os resultados encontrados são pouco conclusivos e limitados, por conta do tamanho pequeno da amostra.

Ansiedade

Os resultados desse estudo em relação à ansiedade indicam que a presença de ansiedade está associada à fibromialgia, e não à artrite reumatoide, uma vez que foram encontradas diferenças significativas na comparação dessa variável nos dois grupos. Os pacientes com fibromialgia apresentaram cerca de 5 vezes mais chances de vir a desenvolver ansiedade que o grupo com artrite reumatoide (OR = 5; IC = 1,8;18). Na literatura, diversos estudos apontam uma prevalência maior de ansiedade em pacientes com fibromialgia, comparado a outras doenças de dor crônica.[9,34-38]

Essa característica ansiosa presente nos pacientes com fibromialgia pode estar associada à gravidade do quadro, uma vez que a reação ansiosa causa aumento da tensão muscular, podendo aumentar a sensação dolorosa.[10,39] Além disso, no caso da ansiedade, ocorre a ativação de um esquema cognitivo de vulnerabilidade quanto à saúde do indivíduo, levando os sintomas a serem interpretados como mais perigosos e alarmantes. Pessoas ansiosas tendem a fazer avaliações exageradas e catastróficas das sensações corporais, percebendo estímulos vagos e inócuos como sinais de doença. Um estado de ansiedade também aumenta a autoconsciência, amplificando sintomas preexistentes.[40]

Prejuí zo funcional

Alguns estudos indicam que pacientes com fibromialgia, em comparação com pacientes com artrite reumatoide, tendem a fazer uma avaliação exagerada de seu prejuízo funcional, avaliando um prejuízo maior do que o prejuízo físico realmente presente.[8,36] Os resultados dessa pesquisa em relação ao prejuízo funcional, medido pelo Questionário da Avaliação da Saúde, indicaram níveis altos e equivalentes de prejuízo funcional nos grupos de artrite reumatoide e fibromialgia.

Durante a aplicação desse questionário, chamou a atenção o fato de as pacientes com fibromialgia relatarem uma dificuldade maior do que a apresentada em alguns dos itens investigados. Por exemplo, algumas questões do questionário – como levantar de uma cadeira, subir 5 degraus e andar em lugares planos – eram situações que ocorriam durante a aplicação. As pacientes estavam sentadas em uma cadeira sem apoio para os braços, tinham de subir 5 degraus para entrar na sala e tinham de caminhar por um local plano. Começou-se a perceber que algumas pacientes marcavam o item "muita dificuldade" nessas situações e, em seguida, na entrevista, desempenhavam bem, não apresentando comportamento de dor nem expressando dificuldade para levantar da cadeira ou subir os degraus. Isso não foi observado no grupo com artrite reumatoide, que realmente apresentava dificuldade nessas situações, chegando a precisar de ajuda para levantar, sentar e subir degraus. Apesar de esses dados coincidirem com os dados da literatura, eles devem ser considerados como resultados de observação subjetiva. Uma das limitações desse estudo foi não ter usado nenhuma medida que avaliasse o prejuízo físico independente da avaliação das pacientes, como utilizado na pesquisa de Turk et al.,[7] em que o prejuízo físico foi avaliado pela mobilidade cervical.

Resultados relacionados com as habilidades sociais

O resultado encontrado pela análise dos dados referentes à média do escore total bruto no IHS indicou que, em comparação ao grupo-controle, tanto o grupo com fibromialgia quanto o grupo com artrite reumatoide têm médias significativamente mais baixas, referentes a um maior grau de dificuldade. Comparando o grupo com artrite reumatoide e o grupo com fibromialgia, não foram encontradas diferenças significativas, indicando que a dificuldade não é específica da fibromialgia, mas sim relacionada com dor crônica. Na avaliação por fator, apenas foram encontradas diferenças

significativas entre o grupo-controle e o grupo com artrite reumatoide em relação aos fatores de autoafirmação com risco; autoafirmação na expressão de sentimento positivo e autoexposição a desconhecidos e situações novas.

Os resultados do Inventário de Graduação de Dificuldades em Situações Sociais indicaram que o grupo com fibromialgia apresenta um grau de dificuldade significativamente maior que os dois outros grupos nas habilidades "dizer não" e "pedir mudanças de comportamentos". Para Falcone,[19] a habilidade de dizer não é uma habilidade relacionada com assertividade e empatia, e a habilidade de pedir mudanças de comportamentos é uma habilidade relacionada com solução de problemas. Para Del Prette et al.,[21] dizer não e pedir mudanças de comportamentos são habilidades assertivas. Para esses autores, os comportamentos assertivos constituem uma classe de habilidades sociais em situações que envolvem risco de consequências aversivas e costumam eliciar alta ansiedade, podendo ser caracterizado como uma classe de comportamento de enfrentamento. Para Wolpe,[16] um comportamento assertivo envolve manejo da ansiedade, uma vez que esse autor define a assertividade como a expressão adequada de qualquer emoção, que não ansiedade, em relação a outra pessoa. Esses dados são interessantes na medida em que a fibromialgia está associada à ansiedade e apresenta dificuldades em duas habilidades sociais relacionadas com habilidade assertiva e que envolvem o manejo de ansiedade.

Considerações finais

O presente capítulo teve como objetivo contribuir para o entendimento de aspectos psicológicos relacionados com a dor crônica, mais especificamente na fibromialgia. Procurou investigar o repertório de habilidades sociais de pacientes fibromiálgicas, identificando dificuldades específicas.

A dificuldade encontrada em habilidades sociais, nos dois grupos com dor crônica, indica a existência de uma associação com um quadro de dor crônica, não especificamente com a fibromialgia. Essa dificuldade encontrada nos dois grupos em comparação com o grupo-controle pode ocorrer como consequência dos prejuízos que uma doença com dor crônica apresenta, por exemplo, a diminuição do convívio social pelo problema da dor, a dificuldade de adaptação à vida com dor crônica ou conflitos familiares causados pela doença. De acordo com Winterowd et al.,[12] os pacientes com dor crônica precisam aprender a se comunicar diretamente com muitas pessoas (cônjuges, filhos, médicos) sobre a sua dor, emoções, sentimentos, vontades e necessidades.

Especificamente em relação à fibromialgia, foi encontrada uma dificuldade maior nas habilidades sociais de dizer não e pedir mudança de comportamento, consideradas habilidades assertivas de enfrentamento que envolvem o manejo de ansiedade. Foi visto ao longo do trabalho que os ganhos secundários funcionam como um fator de manutenção da doença, em que estar doente pode funcionar para evitar algumas responsabilidades e atividades que envolvem situações de enfrentamento. Desse modo, incluir o treino assertivo no tratamento da fibromialgia parece ser importante. O que não foi possível concluir é se essas dificuldades assertivas influenciam o quadro clínico ou são decorrentes do caso clínico. Uma questão interessante que surge a partir desse resultado é a relação entre ansiedade e assertividade: será que as fibromiálgicas, sendo mais assertivas, ficariam menos ansiosas e sentiriam menos dor?

O resultado encontrado não possibilita concluir que a dificuldade assertiva em habilidades que envolvem manejo de ansiedade explique o nível mais elevado de ansiedade na fibromialgia, uma vez que, ao longo do trabalho, foram identificadas outras variáveis envolvidas com ansiedade, como: supervalorização de sensações corporais, catastrofização dos sintomas de dor, redução da qualidade de vida em relação à dor, baixa capacidade de solucionar problemas, baixo nível de autoeficácia diante dos problemas da vida e nível elevado de dependência.

Alguns autores têm discutido a associação da fibromialgia com somatização, incluindo a fibromialgia entre as síndromes funcionais.[2,33] Nessa pesquisa, a observação subjetiva quanto à diferença entre a dor e prejuízo percebidos pelas pacientes com fibromialgia e o comportamento real apresentado vai ao encontro da ideia de uma adesão ao papel de doente. Para Batista et al.,[2] transformar essa identidade perante a família e grupo social é fundamental.

Os resultados encontrados nessa pesquisa indicam que um programa de tratamento psicológico para fibromialgia poderia incluir informações sobre a doença e os mecanismos da dor crônica; estratégias de manejo de ansiedade e depressão; transformação da identidade de doente e treino assertivo.

Rangé[41] chama atenção para a necessidade de que as abordagens mais atuais de psicoterapia devam buscar tipos de tratamento baseados nos métodos e descobertas científicas. Deve-se salientar a importância de estudos futuros que, além de expandir e refinar os tratamentos existentes, busquem explorar que aspectos específicos do tratamento são preditores de sucesso terapêutico. Dessa maneira, investigar as habilidades sociais de pacientes com fibromialgia ajuda a identificar elementos importantes para o seu tratamento.

Referências bibliográficas

1. D'ÁVILA, M. I. et al. Quando ser doente torna-se um modo de vida: considerações psicossociais sobre as somatizações femininas. In. D'ÁVILA, M. I.; PEDRO, R. (Orgs.). Tecendo o desenvolvimento. Rio de Janeiro: Bapera, 2003. p. 18-27,

2. BAPTISTA, C. M. A. et al. Grupoterapia e dor crônica. In FIGUEIRÓ, J. A. B.; ANGELOTTI, G.; PIMENTA, C. A. M. (Orgs.). Dor e saúde mental. São Paulo: Atheneu, 2005.

3. MELO FILHO, J. Psicossomática hoje. Porto Alegre: Artmed, 1992.

4. FORTES, S. Transtornos mentais na atenção primária: suas formas de apresentação, perfil nosológico e fatores associados em unidades do Programa de Saúde da Família do município de Petrópolis/Rio de Janeiro, Brasil. Tese (Doutorado) – Instituto de Medicina Social, Rio de Janeiro, 2004.

5. BARSKY, A. J.; BORUS, J. F. Functional somatic syndromes. Ann. Intern. Med., v. 130, n. 11, p. 910-921, 1999.
6. WESSELY, S. et al. Functional somatic syndromes: one or many? The Lancet, v. 354, p. 936-939, 1999.
7. TURK, C. D.; GATCHEL, J. R. Psychological approaches to pain management: a practitioner's handbook. New York: Guilford, 1996.
8. ANGELOTTI, G. Fibromialgia: análise dos componentes emocionais, cognitivos e comportamentais. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica, Campinas, 1999.
9. ANGELOTTI, G. Tratamento da dor crônica. In: RANGÉ, B. P. (Org.). Psicoterapias cognitivo-comportamentais um diálogo com a psiquiatria. Porto Alegre: Artmed, 2001. p. 535-548.
10. FORTES, S. O paciente com dor. In: BOTEGA, N. (Org.). Prática psiquiátrica em hospital geral: interconsulta e emergência. Porto Alegre: Artmed, 2002a. p. 338-351.
11. BANDURA, A. Principles of behavior modification. New York: Holt, Rinehart and Winston Inc., 1969.
12. WINTEROWD, C.; BECK, T. A.; GRUENER, D. Cognitive therapy with chronic pain patients. New York: Springer, 2003.
13. DEL PRETTE, A.; DEL PRETTE, Z. A. P. Psicologia das habilidades sociais (ed. revisada). Petrópolis: Vozes, 1999.
14. ARGYLE, M. Psicología del comportamiento interpersonal. Madrid: Alianza Universidad, 1967/1994.
15. SALTER, A. Conditioned reflex therapy. New York: Capricorn Books, 1949.
16. WOLPE, J. Práticas da terapia comportamental. São Paulo: Brasiliense, 1976.
17. ARGYLE, M.; KENDON, A. The experimental analysis of social performance. Advances in Experimental Social Psychology, v. 3, p. 55-98, 1967.
18. FALCONE, E. Uma proposta de um sistema de classificação das habilidades sociais. In: GUILHARDI, H. J. et al. (Orgs.). Sobre comportamento e cognição: expondo a variabilidade. Santo André: ESEtec, 2001.
19. FALCONE, E. Habilidades sociais e ajustamento: o desenvolvimento da empatia. In: KERBAUY, R. R. (Org.). Sobre comportamento e cognição: conceitos, pesquisa e aplicação, a ênfase no ensinar, na emoção e no questionamento clínico. São Paulo: SET, vol. 5, 2000.
20. LANGE, A. J.; JAKUBOWSKI, P. The assertive option your rights and responsibilities. Illinois: Research, 1978.
21. DEL PRETTE, Z. A. P.; DEL PRETTE, A. Inventário de habilidades sociais: manual de aplicação, apuração e interpretação. (ed. revisada). São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.
22. PHILIPS, H. C. The psychological management of chronic pain: a treatment manual. 2. ed. New York: Springer, 1998.
23. CAUDILL, M. A. Controle a dor antes que ela assuma o controle: um programa clinicamente comprovado. São Paulo: Summus, 1998.
24. PENIDO, M. A. et al. Um estudo investigando as habilidades sociais de pacientes fibromiálgicas. Revista Brasileira de Terapias Cognitivas, v. 1, n. 2, p. 75-86, 2005.
25. PFEIFFER, A. et al. Effects of a 1.5-Day Multidisciplinary Outpatient Treatment Program for Fibromyalgia: a pilot study. Am. J. Phys. Med. Rehabilit., v. 82, n. 3, p. 186-191, 2003.
26. COWAN, P.; LOVASIK, D. A. American Chronic Pain Association: strategies for surviving chronic pain. Orthopaedic Nursing, v. 9, n. 4, p. 47-49, 1990.
27. WILLIAMS, D. A. et al. Improving physical functional status in patients with fibromyalgia: a brief cognitive behavioral. J. Rheumatol., v. 29, n. 6, p. 1280-1286, 2002.
28. PENIDO, M. A. A influência das habilidades sociais em pacientes fibromiálgicas. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2004.
29. MCCAIN, G. Diagnosis and treatment of fibromyalgia. Spine, v. 7, p. 423-441, 1993.
30. FASSBENDER, K. et al. Tender points, depressive and functional symptoms: comparison between fibromyalgia and major depression. Clin. Rheumatol., v. 16, n. 1, p. 76-79, 1997.
31. OKIFUJI, A.; TURK, D. C.; SHERMAN, J. J. Evaluation of the relationship between depression and fibromyalgia syndrome: why aren't all patients depressed? J. Rheumatol., v. 27, n. 1, p. 212-219, 2000.
32. KIRMAYER, L. J.; ROBBINS, J. M.; KAPUSTA, M. A. Somatization and depression in fibromyalgia syndrome. Am. J. Psychiatr., v. 145, p. 950-954, 1998.
33. TURK, D. C.; RUDY, T. E. Cognitive factors and persistent pain: a glimpse into Pandora's Box. Cog. Therapy Res., v. 16, n. 2, p. 99-122, 1992.
34. KURTZE, N.; GUNDERSEN, K. T.; SVEBAK, S. The role of anxiety and depression in fatigue and patterns of pain among subgroups of fibromyalgia patients. Br. J. Med. Psychol., v. 71, p. 185-194, 1998.
35. CELIKER, R. et al. Psychological disturbance in fibromyalgia: relation to pain severity. Clin. Rheumatol., v. 16, n. 2, p. 179-184, 1997.
36. WALKER, E. A. et al. Psychiatry and primary care predictors of physician frustration in the care of patients with rheumatological complaints. Gen. Hosp. Psychiat., v. 19, p. 315-323, 1997.
37. BRADLEY, L. A.; ALBERTS, K. R. Psychological and behavioral approaches to pain management for patients with rheumatic disease. Rheum. Dis. Clin. North Am., v. 25, n. 1, p. 215-232, 1999.
38. YUNUS, M. B. et al. Relationship of clinical features with psychological status in primary fibromyalgia. Artritis Rheumatology, v. 34, p. 15-21, 1991.
39. FIGUEIRÓ, B. J. A. Aspectos psicológicos e psiquiá tricos da experiência dolorosa. In: CARVALHO, J. M. (Org). Dor um estudo multidisciplinar. Porto Alegre: Artmed, p. 139-188, 1999.
40. FORTES, S. Somatização. In: BOTEGA, N. (Org). Prática psiquiátrica em hospital geral: interconsulta e emergência. Porto Alegre: Artmed, 2002b. p. 268-284.
41. RANGÉ, B. Psicoterapias cognitivo-comportamentais um diálogo com a psiquiatria. Porto Alegre: Artmed, 2001.

13

A Compreensão da Dor na História de Vida de Pessoas com Dor Crônica

Cristiani Kobayashi

Todo ser humano, com exceção dos portadores de insensibilidade congênita, convive com a dor desde seu nascimento. A dor tem função adaptativa, educativa e protetora, possibilitando que o indivíduo escape de situações potencialmente danosas à sobrevivência.[1]

Em 1991, Cicely Saunders[2] ampliou a definição de dor com o conceito de dor total. Segundo este conceito, a dor tem uma dimensão física que, indubitavelmente, é a que obteve maiores avanços nas pesquisas, nas últimas décadas, com grande desenvolvimento tanto na compreensão das estruturas anatômicas envolvidas, no seu funcionamento fisiopatológico e farmacológico, quanto nas possibilidades de avaliação e tratamento. Sem menosprezar a importância dessa dimensão, Saunders incluiu outras como a emocional, a social e a espiritual, que estão interligadas com a dimensão física e se influenciam mutuamente. Assim, cada indivíduo teria sua dor composta por diferentes partes de cada uma dessas dimensões. Mais tarde, Saunders ainda incorporou os âmbitos financeiro, interpessoal, familiar e mental.

Embora Saunders se referisse originalmente à dor oncológica, acredita-se que este conceito deva ser ampliado e utilizado para os pacientes com dor de qualquer etiologia. A compreensão do fenômeno doloroso a partir deste conceito é de suma importância, pois envolve, além dos mecanismos físicos, psíquicos e culturais, fatores relacionados não só com o indivíduo propriamente dito, mas também com seu mundo de relações, ou seja, com aqueles que o cercam (seus familiares, amigos e colegas) e os desdobramentos dessas relações entre si (com o paciente e com a doença). Assim sendo, percebe-se que outros fatores podem influenciar, aumentando ou diminuindo a experiência dolorosa. "O sentimento de falta de controle, o desamparo, o sentir-se abandonado, isolado e não compreendido também são fatores que podem fazer 'doer' mais. (...) Por outro lado, em situações em que o indivíduo se encontra envolvido emocionalmente ou naquelas em que se sente apoiado, sob controle, dores que se imagina incontroláveis são suportadas ou enfrentadas com coragem".[3]

Assim compreendida, a dor deixa de ser vista como um mero sintoma e se torna um fenômeno que faz parte da história do indivíduo, uma história que influencia a percepção da dor e que, por sua vez, é influenciada por ela.

> "A dor se faz presente, não dá para fingir que não está lá. Posso até tentar, mas não dá para esquecer dela, ela fica ali, sempre batendo, como a dizer 'estou aqui, estou aqui e não vou embora'. Quando fico alguns momentos sem dor, não consigo relaxar, fico só pensando que quando ela voltar, pode vir mais forte e aí eu não vou aguentar... (choro) ...às vezes, acho que vou enlouquecer. Às vezes, tenho vontade de me matar e me livrar desse sofrimento." (sic) (sexo feminino, 35 anos)

Esta paciente sofria de cefaleia crônica que, neste caso, significa sentir dores de cabeça 24 h por dia, todos os dias da semana. Em seu relato, ela contou que não se lembrava de uma época em que não estivesse com dor. Todas as suas

lembranças pareciam estar acompanhadas pela dor: a adolescência, o namoro, o casamento, a gravidez, o nascimento do filho, tudo sempre com dor. Contou que já havia feito incontáveis tratamentos, passando por médicos de diversas especialidades, fisioterapeutas e psicólogos, alternados ou em conjunto com médicos-espíritas, benzedeiras, curandeiros e tudo mais que lhe fosse indicado como possibilidade de cura. Tomava muitos remédios, ervas e chás (alguns por orientação médica, outros indicados por farmacêuticos, benzedeiras, amigos e vizinhos) e, quando conseguia algum alívio, este não durava mais que umas poucas horas. Ouviu de muitos médicos e outros profissionais (incluindo uma psicóloga) que "sua dor é 'intratável' porque é de origem psicogênica". Disseram que não havia como tratar a dor porque ela não aderia ao tratamento, boicotava, provavelmente porque estava se apegando a algum ganho secundário, ou seja, que, no fundo, ela não queria se curar.

"Falas" como estas eram comuns entre médicos e outros profissionais que reduziam seus pacientes a sintomas e queixas, aumentando seu sofrimento com os sentimentos de incompreensão e injustiça. Em casos como este, é muito comum os profissionais desinvestirem, desistirem antes mesmo de começar o tratamento, antes de ouvir o que o paciente tem a dizer. Por outro lado, o paciente não tem mais o que dizer, afinal, já falou tanto e, a cada vez que um tratamento fracassa, fazem-no pensar que a culpa é sua, que está inventando e que a sua dor não existe ou que não melhora porque, no fundo, não quer.

Apesar de a dor ter uma função vital no desenvolvimento do ser humano, muitas vezes pode se tornar danosa e, até mesmo, incapacitante quando se torna crônica. A dor é útil como um sinal de alerta de que há algo errado no organismo. Sua utilidade, porém, se desvanece na medida em que se torna insidiosa, como ocorre nas dores crônicas.

Na forma crônica, a dor não tem a função biológica e vital de alerta e, frequentemente, causa estresse físico, emocional, econômico e social significativo para o doente e sua família. Causa incapacidade laborativa, alterações do sono, do apetite, da vida afetiva e do humor, caracterizadas principalmente pela instalação de quadros depressivos. É de diagnóstico e tratamento mais difíceis do que os quadros de dor aguda e é um dos problemas de saúde mais onerosos para a sociedade.[4-6]

Muitos médicos e profissionais de saúde de todo país, ainda hoje, utilizam os conceitos de dor do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, *Fourth Edition* (DSM-IV), que privilegiam a dicotomia entre dor física ou associada à condição clínica e dor psicogênica ou associada a fatores psicológicos. A associação da causa da dor a fatores "predominantemente psicológicos" ou psicogênicos transfere para o paciente a responsabilidade pela sua ocorrência, como se esta não fosse real, fosse uma invenção ou uma manifestação histérica do paciente, acusando-o, assim, de não sentir a dor que ele relata estar sentindo ou de exacerbá-la em seu relato.[3]

Em função da experiência vivida junto a esses pacientes, decidiu-se coletar esses relatos e depoimentos, na esperança de ajudar os profissionais de saúde, pacientes e seus familiares na compreensão da magnitude desse sofrimento que é, ao mesmo tempo, tão universal e tão individual, e a aprender com aqueles que, de alguma maneira, conseguem "driblar" a dor, conviver com ela, conquistando, assim, uma melhor qualidade de vida.

Nesta pesquisa, proporcionou-se ao indivíduo a possibilidade de discorrer livremente sobre sua história. A partir daí, procurou-se colher informações que possibilitassem compreender o fenômeno da dor não como um sintoma, nem como uma reação neuroquímica ou como um comportamento de origem psicogênica, mas como um fenômeno complexo, que faz parte da vida do indivíduo e que toma dimensões diferentes de acordo com o contexto em que estão inseridos. A história de suas vidas, contada pelos próprios participantes, possibilita obter informações esclarecedoras na compreensão sobre como é ser uma pessoa com dor, verificando qual o impacto da dor em suas vidas e na de seus familiares (em todas as dimensões arroladas na definição de dor total: física, emocional, social e espiritual e nos âmbitos financeiro, interpessoal, familiar e mental) e qual o lugar (sentido e significado) que essa dor ocupa em suas histórias.

Acredita-se que o ser humano tem a capacidade de se conhecer e se compreender. Nos momentos de crise (como na doença), esta compreensão e conhecimento podem ajudá-lo a participar, de uma maneira mais efetiva, na resolução de seus problemas.[7] Com base em algumas das ideias postuladas por Bom Meihy,[8] foram utilizadas narrativas sobre a vida como fonte para obter os elementos que pudessem favorecer o esclarecimento do fenômeno "viver com dor". Para isso, partiu-se do pressuposto de que cada paciente pode, melhor do que ninguém, falar sobre os aspectos de sua vida que foram mais alterados pela dor e pelo processo da doença.

Foram entrevistadas quatro pessoas, todas do sexo feminino, com idades variando entre 30 e 71 anos, pacientes de uma clínica odontológica coordenada por um cirurgiãodentista especializado no tratamento de disfunções temporomandibulares, entre as quais se destaca a disfunção dolorosa da articulação temporomandibular[a] (ATM). Por conta de suas queixas de dor, todas as pacientes foram encaminhadas pelos profissionais que as estavam atendendo na clínica no período da coleta de dados.

Foi elaborada uma síntese da história de vida da entrevistada, em ordem cronológica, com o objetivo de dar maior visibilidade à sua história e facilitar a compreensão das informações.

Neste capítulo, para efeito ilustrativo, será utilizada a história de A. como estudo de caso.

A história de A.

A. nasceu no interior de Minas Gerais. Seus pais eram lavradores. Foi a quinta filha de uma família de dez irmãos. Após sua vinda para São Paulo, um de seus irmãos faleceu, mas ela não soube explicar exatamente o que aconteceu. Disse

que seu irmão adoeceu, mas que ninguém de sua família lhe contou. Quando a avisaram, ele já havia falecido e ela não teve tempo de se despedir dele.

Segundo A., ela e os irmãos moravam um pouco na roça e um pouco na cidade para poderem estudar. A., porém, estudou apenas até a 4ª série em sua cidade. Conta que, quando veio para São Paulo, entrou em um supletivo, mas não finalizou o ensino fundamental, desistindo na 8ª série. Disse que gostava de estudar, mas que tinha muita dificuldade em aprender.

Quando era criança, a doença mais grave que teve foi uma pneumonia aos 10 anos. Lembrou-se que ficou 8 dias de cama, sem se alimentar, tomando muita medicação, sob os cuidados da mãe. Com 11/12 anos, começou a ter dor de ouvido, com inflamação. Com 14/15 anos, começaram as dores de cabeça. A. conta que a dor de cabeça foi complicando, ficando mais forte, que era preciso levá-la para o hospital, onde tomava duas, três injeções para aliviá-la.

A. começou a trabalhar cedo, com cerca de 14/15 anos em "*casa de família*" (sic). Cuidava da casa e das crianças. Nessa época, tinha crises de dor de cabeça e sua patroa a levava para o hospital. Seu patrão era alcoólatra, muitas vezes chegava em casa bêbado, quebrava tudo e ainda batia na mulher e nos filhos. A. afirmou que ele nunca bateu nela. Assim mesmo, trabalhou nessa casa até os 17 anos, quando veio para São Paulo trazida pela tia para ajudá-la em casa. Logo, porém, sua tia e o marido se desentenderam e acabaram se separando. Nesta época, A. foi mandada para a casa da prima, onde, além de cuidar da casa, era responsável pelas crianças. Ela negou que fosse tratada como empregada e que apenas ajudava sua prima que trabalhava fora.

Durante os anos que se seguiram, A. conseguiu alguns empregos, todos em "*casa de família*" (sic), mas não permanecia muito tempo, pois logo adoecia, tinha crises de dor de cabeça, de ouvido e/ou de dente, além de outros sintomas como dor nas pernas, mãos inchadas e formigamento. Muitas vezes, foi A. quem pediu demissão, pois não aguentava a pressão dos patrões que reclamavam de suas constantes doenças.

Em virtude dessas crises de dor, A. procurou muitos médicos de diversas especialidades, dentistas, fisioterapeutas e diversos serviços e hospitais, sem muito sucesso. Conta, de maneira bastante truncada (como é sua característica), sua longa peregrinação em busca de tratamento e alívio para suas dores.

A. não deixou muito claro, mas, ao que parece, quando ficava desempregada, voltava para a casa da prima e continuava a ajudá-la com a casa e as crianças. Cerca de 6 meses antes da entrevista, A. e a prima tiveram um desentendimento e A. ficou sem ter para onde ir.

Quando veio para São Paulo, A. começou a frequentar um centro espírita, levada pela prima, e tornou-se "*espírita kardecista*" (sic). Nesse centro espírita, ela conheceu um senhor que se apiedou dela e a recebeu em sua casa.

Na época da entrevista, A. encontrava-se morando "*de favor*" (sic) na casa desse amigo e sua família. Estava desempregada e sem condições de procurar emprego em razão das constantes crises de dor que sofria e que a deixavam acamada.

Compreensão temática

A mudança para São Paulo

Sem lugar. Sua vinda para São Paulo parece ter sido permeada por uma série de expectativas não realizadas. Esperava ser acolhida, compreendida e ter um lugar de importância na vida de sua tia, que a mandara buscar em sua cidade, no interior de Minas Gerais. Logo, porém, com a separação de seus tios, tornou-se um empecilho, tendo de ir morar na casa da prima quando se encontrava desempregada. Assim, sem que tivesse tempo para compreender o que estava ocorrendo, A. se vê sem lugar, vivendo de um lado para outro.

"Parente não é família". Dessa experiência, A. parece ter tirado uma conclusão, uma definição que ela deixa muito clara em seu relato: "*parente não é família*" (sic). Esta é a maneira que A. usa para ressaltar seu ressentimento contra a tia e a prima que não lhe deram o acolhimento que esperava, deixando-a só e desamparada.

Morar em São Paulo: uma opção? É importante reconhecer que, apesar de estar em uma situação bastante constrangedora, morando na casa de amigos, A. faz a opção por ficar e continuar (sozinha) em São Paulo. Mesmo pensando que, para A., ficar não parecesse uma opção, ela diz que não gostaria de voltar, pois não se acostumaria a morar em uma cidade pequena, sem recursos (principalmente médicos) e que já se acostumou com a agitação daqui. Em nenhum momento A. cogita a possibilidade de ir morar perto de seus irmãos, em Brasília, por exemplo, onde ela teria recursos médicos e o apoio familiar. Esse seu comportamento nos dá alguns indícios:

- Mostra certa apatia, uma inércia diante das dificuldades
- Deixa uma sensação de impotência, de desesperança em relação ao futuro
- Indica uma ruptura ou, o que é mais provável, a falta de vínculos estreitos com seus pais e irmãos.

Tudo acontece "de repente". Para A., as mudanças são traumáticas, pois, segundo sua própria experiência, a cada mudança sua situação só piorou. Em seu relato, é notório seu impacto, sua expressão atônita perante as modificações e dinâmica da vida. Tudo parece acontecer "*de repente*", sem aviso, sem que ela tenha tempo para se adaptar. Com isto, não é difícil imaginar que, para A., qualquer mudança, mesmo as "boas", provoquem medo e ansiedade, fazendo-a

permanecer estática, paralisada, em um comportamento defensivo, como se ela não tivesse qualquer possibilidade de controlar sua própria vida.

Minha vida é dor

A história da dor. Ao contar sua história, A. fala sobre uma dor que a incapacita, impede-lhe de viver e de sentir. É também uma dor que a acompanha desde a infância, que está sempre presente e que, de certa maneira, a identifica, tornando-se parte de sua identidade.

Outros sintomas físicos. Embora a dor apareça como queixa principal, A. também padece de outros sintomas como formigamento, dificuldades para dormir, trabalhar e até pensar. Estes sintomas, somados aos sintomas psicológicos, sociais e familiares, imprimem um caráter persistente e incapacitante a sua dor e promovem um sofrimento emocional significativo, pela incapacidade funcional e restrições físicas, psicológicas e sociais associadas.

Descuido e imperícia. Muitos procedimentos terapêuticos e diagnósticos promovem iatrogenias em pacientes com dor, provocando e/ou ampliando seu sofrimento físico, psicológico e social. Aqui, A. descreve o procedimento de um dentista particular que a marcou muito, pois é um retrato sintético dos muitos descasos e maus-tratos que sofreu e ainda sofre em sua peregrinação em busca de um tratamento digno e eficaz.

Neste episódio, A. fala sobre duas crenças, que são compartilhadas por grande parte da população: a primeira é que profissionais de instituições públicas (ou sem fins lucrativos), que não cobram (ou cobram muito pouco), não tratam adequadamente de seus pacientes e, quando acertam no tratamento, é por pura sorte. Com isso, ela se mostra impregnada por certo conformismo, uma ideia de que as coisas são assim mesmo e que de um serviço público, portanto gratuito, não se espera um bom atendimento e, por isso, não se deve reclamar. A segunda crença, que, de certa maneira, é decorrência da primeira, é a fantasia que um tratamento particular, ou seja, pago, seria garantia de um diagnóstico correto, de um tratamento melhor (nos dois sentidos, tanto o pessoal, quanto o terapêutico) e eficaz.

Deste ponto de vista, torna-se evidente que sua revolta com o descuido e imperícia do profissional que a tratou foi exacerbada não apenas pelas consequências do (des)tratamento, mas, principalmente, pelo seu desapontamento com a quebra do contrato implícito: "eu pago e você cuida bem de mim". Além disso, este tipo de situação acirra o sentimento de desamparo, pois provoca questionamentos como "*se mesmo quando eu pago, eu não tenho o acolhimento e cuidado que preciso, quem é que vai cuidar de mim?*" (sic).

"Eu sigo corretamente o tratamento". A dor acompanha A. desde que era criança e, embora ela não consiga precisar exatamente sua idade na época dos acontecimentos, ela lembra com detalhes dos sintomas, da busca por tratamento e da angústia pela falta de um diagnóstico. Entremeado na descrição dos sintomas, A. cita todos os tratamentos e ressalta seu comportamento de adesão, cumprindo "*à risca"* tudo como fora recomendado, mesmo quando o médico parecia não saber a causa de suas dores.

Esta necessidade de mostrar adesão ao tratamento sugere: primeiro, uma reação ao descrédito social que o paciente com dor frequentemente sofre, uma necessidade de mostrar ao outro que "está em tratamento" e que, portanto, está doente; segundo, um medo de ser abandonada pelos profissionais de saúde, que, ao sentirem o paciente como "difícil" ou "sem adesão", tendem a desinvestir, a desistir e abandoná-lo com seu sofrimento; terceiro, que também é muito comum, o receio de ser "culpabilizada" pelo fracasso das terapias propostas.

A dor como causa e/ou consequência. Tudo que acontece em sua vida A. relaciona à dor, que se torna ou causa ou consequência de todos os seus infortúnios. A. está envolvida em diversos círculos de reforço, como os descritos por Simonton,[9] em que sua história, sua dor, seu sofrimento e seus sentimentos são componentes de uma relação de causa-efeito na qual não se sabe onde é o início ou o fim. Assim, ela fala de sua dificuldade para estudar, trabalhar e ter relações sociais, pois o esforço investido em qualquer uma destas atividades lhe causa dor, que, por sua vez, mobiliza sentimentos como culpa, raiva, incapacidade e medo, que aumentam sua percepção de dor, ampliando seus sintomas e queixas, afetando sua capacidade laborativa, de pensamento e relacionamento, tendo como consequência grande sofrimento físico, psíquico e social.

Ninguém me compreende

Na dor, a questão do descrédito social é muito comum, pois não existe uma lesão ou um sintoma que as pessoas possam ver ou perceber, como um osso quebrado, um exame de sangue alterado ou mesmo uma febre. Este é, sem sombra de dúvidas, um dos fatores que imprime maior sofrimento ao paciente.

As patroas. A. se mostra ressentida, principalmente com as patroas, que não compreendiam sua dor e a demitiam do trabalho (que, muitas vezes, era também a sua moradia), amplificando seu sofrimento, ao exacerbar sentimentos como o desamparo e a impotência. Além disso, a situação mobiliza raiva e ressentimento pela injustiça sentida e pelo questionamento de sua "*palavra*" (de honra), ou seja, pela insinuação de que estivesse mentindo ou fingindo.

Os amigos e parentes. O tema da incompreensão foi repetido diversas vezes ao longo de seu relato. De certa maneira, A. não esconde sua raiva e seu ressentimento, embora tenha dificuldades para expressá-los verbalmente de modo claro e direto. Ao ser questionada, A. procura amenizar seus sentimentos, dizendo-se apenas "*chateada"*, principalmente

quando o alvo da raiva e do rancor são seus parentes e amigos que, assim como suas patroas, demonstravam não acreditar nela, insinuando que estaria usando a dor e a doença para não trabalhar.

Os profissionais de saúde. A. não fala claramente sobre o descrédito por parte de médicos e equipes de saúde que, infelizmente, também é muito comum. Uma vez que a avaliação da dor é basicamente inferencial, depende muito mais da sensibilidade do profissional do que de sua competência técnica. Além disso, sendo um sintoma individual e subjetivo, só pode ser compartilhado pelo relato de quem a sente. Deste modo, para muitos profissionais, é mais confortável duvidar do paciente do que assumir que seu conhecimento não foi suficiente para diagnosticar o problema e tratar o indivíduo.

Sem dúvida, A. percebe essa descrença e, de alguma maneira, fala sobre ela quando conta toda sua peregrinação pelos hospitais e ambulatórios de saúde sem um diagnóstico preciso, sem um tratamento efetivo.

Família

"*Não lembro dos meus pais*". Com a vinda para São Paulo, A. deixa para trás as recordações de sua família, de sua infância, de seu relacionamento com seus pais e irmãos e prossegue vivendo acompanhada apenas de sua dor. De sua infância, A. se recorda apenas da dor que sentia. Mesmo incentivada, diz que não consegue se lembrar dos pais, apesar de ter vindo para São Paulo com 17 anos e ter vivido com eles até os 15 anos, quando começou a trabalhar. Isso parece indicar que A. não possuía vínculos afetivos estreitos com seus pais. Essa hipótese é reforçada quando fala que seus pais tiveram muitos filhos e deixa a frase inacabada, como se estivesse a insinuar que ela não recebeu o carinho e a atenção de que necessitava porque seus pais tinham que se dividir entre ela e os vários irmãos.

"*Não sei dos meus irmãos*". A. tem tanta dificuldade para falar de sua família que hesita ao responder quantos irmãos tem e quem são. Ela desconhece a história de sua família, que é parte de sua própria história. O contato com seus pais e irmãos é precário. Ela não sabe exatamente o paradeiro de cada um dos irmãos, só sabe dizer que cada um foi para um lado e que nenhum deles mora em São Paulo. A. tenta justificar essa falta de contato dizendo que todos têm suas vidas e que seus pais são analfabetos, ficando totalmente dependentes dos irmãos que moram com eles para ler e/ou responder suas cartas.

"*Não tive afeto*". Sua relação familiar parece não ser afetiva. Quando perguntada sobre sua relação com os irmãos, A. responde que era "*normal*" e logo muda de tema, falando sobre o valor do trabalho em sua família (tema destacado a seguir). Em nenhum momento A. fala de maneira carinhosa sobre seus familiares. Quando diz que sente saudades dos pais ou dos irmãos, demonstra não um sentimento, mas um jeito de pensar e de cumprir um "papel familiar".

A morte do irmão. Mesmo quando fala sobre a morte de um de seus irmãos, o sentimento trazido por A. não é de tristeza ou pesar, mas de remorso. Remorso de quê? Ou por quê? Ela explica que seu remorso está ligado ao fato de ela não ter ido vê-lo. Disse que sua mãe não lhe falou sobre a gravidade de seu estado. Com isso, percebe-se que, para A., a morte do irmão foi assim "*de repente*", como tudo que acontece em sua vida, sem previsão, sem possibilidade de controle.

A circunstância da morte de seu irmão mobilizou nela sentimentos de desamparo pelo afastamento da família que, por sua vez, mobilizou raiva e ressentimento contra a mãe que não a avisou. Esses sentimentos, considerados negativos socialmente, foram abrandados pela justificativa de que ela não fora avisada para não se preocupar, ou seja, o motivo era poupá-la, protegê-la. Com isso, emanam sentimentos como culpa e remorso, não pelo irmão morto, mas em virtude da raiva sentida.

A valorização do trabalho

Em seu relato, A. demonstra o valor do trabalho nos preceitos morais de sua família e, consequentemente, nos seus. Trabalho não era compreendido apenas como um meio de ganhar a vida, de sustentar a família, mas sim como oposição à preguiça. É claro que A. sente a necessidade de trabalhar para se sustentar, ser independente, mas as implicações são maiores e mais profundas. No caso de A., que sente uma dor constante e intolerável que a impossibilita de trabalhar, sentimentos como culpa, inadequação ao meio, medo da dependência e de ficar incapacitada para sempre são exacerbados.

Para A. e sua família, o não trabalhar, mesmo quando se está doente, significa ser julgado e rotulado como preguiçoso e não digno de atenção e, por extensão, não merecedor de carinho. Isto explica a relação conflituosa de A. com o trabalho e a situação de desemprego e também o porquê de ela não "poder" voltar para a casa dos pais nesta situação.

Outra situação que reforça esta ideia surge quando A. é requisitada a falar sobre sua condição de moradia na casa de amigos, que ela mesma definiu como "*de favor*". Ela hesita e explica com dificuldade a situação, mas logo complementa dizendo que, embora não tenha emprego fixo e não pague aluguel, nem contribua com as despesas da casa (uma situação, aliás, que lembra muito a relação familiar), ela ajuda nos serviços domésticos, mas faz questão de ressaltar que não é empregada deles.

"Não tenho lugar, não tenho nada meu"

"*Não tenho lugar*". Este tema também é muito importante, pois emergiu várias vezes e em diferentes momentos do relato. A primeira situação é relacionada com a moradia propriamente dita: foi quando A. veio para São Paulo morar com

a tia que, em vez de acolhê-la, trata-a como empregada e, depois, quando seu casamento se desfaz, manda-a para a casa da filha. Na casa da prima, porém, A. não encontra um lugar seu, por isso vai trabalhar fora. Depois, nas casas onde trabalhou como empregada doméstica, A. também não encontrou este lugar que procurava. E, na época da entrevista, ela se encontrava em uma situação bastante constrangedora, vivendo "*de favor*" na casa de um amigo que ela conheceu no centro espírita e que se apiedou de sua situação. Em relação a este momento, A. comenta que se sentiu desamparada, sem lugar para onde ir. É um dos poucos momentos em que, mesmo com dificuldade, fala claramente, sem rodeios e sem meias-palavras. No entanto, em todos estes momentos, o sentimento de desamparo fica muito evidente.

"*Não tenho lugar na família nem com a família*". Esse sentimento de desamparo por não ter um lugar não é uma novidade para A. Durante toda a entrevista, ela se queixa desse incômodo: ela nunca teve um lugar. Quando A. insinua que pais com muitos filhos não têm como atender a todos, ela está falando de seu sentimento de desamparo por não se sentir acolhida nesta família. Sua dificuldade em contar a sequência de nascimento dos irmãos também é um indício de que ela não sabe qual o seu lugar, nem se tem um lugar na família. Além disso, A. diz que não conseguiria mais voltar para sua cidade natal para morar com os pais. Também diz que há muito tempo não vai visitá-los, nem a seus pais nem a seus irmãos. A. nunca se sentiu acolhida por esta família, ela nunca teve um lugar e, portanto, ela não tem para onde ir, nem para onde voltar. Não tem lugar no passado, não vê um lugar no futuro e o presente é o lugar da dor.

"*Não tenho nada meu*". Outra queixa de A. é que, além de não ter um lugar, ela também não tem nada seu. Durante todos esses anos trabalhando e morando em São Paulo, A. diz que nunca conseguiu comprar nada para ela e deixa implícito que isto se deve ao fato de ter morado muito tempo com parentes, ou seja, sua tia e sua prima.

Nesta passagem, ficam ressaltados sua revolta e ressentimento por todo o tempo que ela passou morando com sua tia e sua prima, sem emprego, sem salário, sem conquistar nada para si, enquanto tomava conta de crianças e cuidava da casa para que elas (a tia e a prima) trabalhassem fora e conquistassem tudo o que ela desejava para si mesma.

Morte em vida

Perda dos dentes. Todas as histórias de vida são também histórias de perdas. Essas perdas são vivenciadas como pequenas mortes em vida. No caso de A., ela fala de muitas perdas e de sua dificuldade em lidar com elas.

Algumas são perdas concretas, como a perda dos dentes ainda criança. Este tema mobiliza um sentimento de grande revolta em A. Ela conta que, em sua cidade, não havia muitos recursos na área de saúde. Como ela relata que sentia muita dor de dente, muitos deles foram extraídos. Com isso, A. perdeu quase todos os molares que, por sua vez, provocou a disfunção da ATM em consequência de sua dificuldade para mastigar.

Perda da autonomia. As doenças deixam várias perdas como sequelas. No caso da dor descrita por A., as limitações físicas e o medo da incapacidade permanente, por si só, já trazem uma ideia de morte. Sua incapacidade para o trabalho traz consequências dramáticas em sua vida. Além da perda da identidade profissional, que já era muito frágil, A. perde a autonomia, pois, sem um emprego, passa a depender de outros para tudo, para comer, para se abrigar e para sobreviver.

No caso da moradia, não se pode dizer que A. tenha perdido um lugar, pois não se perde algo que nunca se teve. A. busca um lugar que seja seu porque nunca sentiu ter esse lugar. Ainda assim, não se pode dizer que, neste processo, não houve perdas. Houve, no mínimo, a perda de sonhos, expectativas e desejos de ser recebida e acolhida com respeito em todas as casas por onde passou.

Perda da identidade corporal | O medo da desfiguração. Por ser um sintoma muito ligado ao agravamento da doença, a dor elicia fantasias de estar com uma doença muito grave e incurável, além dos medos relacionados com a identidade corporal, como a perda de um corpo saudável, de um corpo com formas e modo de funcionar conhecidos ou o medo da perda real[b] de parte do corpo.

A. é um corpo que sofre sem ter ideia do porquê. Ela, porém, percebe modificações em seu corpo e as associa à piora dos sintomas. Como A. tem dificuldade para falar sobre seus sentimentos, o verbo "sentir" é sempre empregado e compreendido como "sentir dor". E, "sentir dor" está muito associado ao medo das perdas físicas.

"*Não tenho lazer*". O lazer é um item importante na avaliação de qualidade de vida de qualquer indivíduo. Quando questionada sobre lazer, A. não soube o que responder. Gaguejou, hesitou, titubeou, foi reticente, mostrando toda sua insegurança, seu pesar e até certa vergonha pela falta de lazer. Para A., o lazer, assim como o prazer, parecem ser experiências proibidas. O prazer e o lazer são a antítese do trabalho. Lazer é não trabalhar, e não trabalhar, na maneira de pensar de seu meio, é ser preguiçosa. Assim, A. conta que seu único lazer é a leitura, mas a leitura de livros espíritas. Em seu discurso, fica muito evidente a culpa e a vergonha pelos poucos momentos de lazer que tem, por exemplo, ao assistir à televisão.

Cuidar de crianças: caridade ou prazer? A única atividade que A. confessa fazer com prazer é ir ao centro espírita em que frequenta, onde trabalha cuidando das crianças para que os pais possam ouvir o Evangelho. E mesmo neste caso, fica evidente a dificuldade de A. em lidar com a questão do prazer, pois, ao ser questionada se gostava de cuidar das crianças, ela logo justifica dizendo que está trabalhando e que é por caridade.

"*Não tenho futuro*" | A morte dos sonhos e desejos. Como todo mundo, para seu futuro, A. cultivava sonhos e desejos: de arrumar um bom emprego, com patrões que a compreendessem, de ter um lugar para morar para não depender das pessoas e até mesmo, quem sabe, arrumar alguém, ter uma família. Segurar-se aos sonhos e desejos é a sua maneira de constituir um lugar no presente. É o lugar da esperança, da expectativa, do desejo de que um dia as coisas venham a mudar.

Com o desenvolvimento da entrevista, porém, A. vai mostrando, pouco a pouco, que não sente que exista qualquer possibilidade de futuro. Seus sonhos, expectativas e desejos vão sendo desconstruídos à medida que a desesperança aumenta.

Sentimentos associados aos temas

Mágoa. Desamparo. Solidão. Medo. Culpa. Desesperança. Mais dificuldade do que expressar o que pensa, é a dificuldade de A. de entrar em contato com seus sentimentos. Embora ela não tenha trazido estes sentimentos de maneira verbal, com exceção do desamparo, eles emergiram juntamente com os temas anteriores que, evidentemente, se relacionam entre si. Assim, o tema sobre a vinda para São Paulo traz em seu bojo sentimentos como a mágoa pelo não acolhimento por parte de sua tia e sua prima e, consequentemente, o desamparo provocado por toda situação. A condição de desemprego também acirra os sentimentos de desamparo, a desesperança e o medo. O sentimento de desamparo foi trazido verbalmente por A. apenas na situação atual de moradia, em que ela fala claramente que se sente mais amparada morando com amigos do que com parentes. É o único momento em que A. consegue ser explícita ao falar de um sentimento.

Em todo seu relato, o desamparo é o sentimento mais forte e está muito relacionado com outros temas, como a solidão, a desesperança, a dor, a mágoa e o ressentimento por não se sentir compreendida pelos familiares, patrões e amigos e não ter sido tratada adequadamente pelos profissionais de saúde. Todos estes sentimentos, juntos, colocamna em uma posição de impotência frente aos acontecimentos de sua vida, drenandolhe toda a energia vital.

Compreensão da dinâmica

Se a história da dor fosse o ponto de partida para se fazer a análise compreensiva da dinâmica psíquica de A., seria muito fácil incorrer no erro de uma resposta simples e direta: neste modo de pensar, A. usaria a dor como desculpa para todos os seus problemas e teria poucos recursos de enfrentamento, com um comportamento passivo e queixoso perante a dor. Por outro lado, quando se procura compreender o indivíduo com dor e não somente o fenômeno doloroso, percebe-se que a dor, dentro da história de vida de A., tem uma relação muito mais complexa e profunda. Entretanto, a relação de A. com sua dor não está ligada apenas ao sofrimento, mas também à sua própria identidade. Durante todo o relato, em nenhum momento A. consegue contar suas experiências sem mencionar a dor que a acompanha. Ela não consegue se lembrar da infância. Sua primeira lembrança está relacionada com um momento de profundo sofrimento, quando adoeceu. Neste episódio, A. conta que estava com pneumonia, e é possível imaginar que, em uma cidade tão carente de recursos médicos, esta seria uma causa de grande preocupação para seus pais e familiares. A. corria risco de morte e, pela primeira vez, se sentiu cuidada. Chama a atenção o fato de A. não ter mencionado nenhuma passagem agradável, nem mesmo uma única experiência em que houvesse afetividade entre ela, seus pais e seus irmãos. Todas as suas relações interpessoais foram mediadas pela dor. Para A., o verbo sentir significa sentir dor. E é uma dor que a impossibilita de trabalhar, de se relacionar e de sentir qualquer outra coisa que não seja a dor total.

Aqui, o conceito de dor total proposto por Saunders[2] é muito bem representado: a dor (dimensão física) que A. sente a impede de trabalhar de acordo com as expectativas de suas patroas, que a demitem. A. se ressente, fica magoada e revoltada pela injustiça (dimensão psíquica). Com isso, sua dor é ampliada. Enquanto isso, as pessoas que a cercam, inclusive amigos e familiares, começam a conjecturar a possibilidade de ela estar tentando chamar atenção ou mentindo para não trabalhar (dimensões social e familiar). Suas relações com esses amigos e familiares se fragilizam (âmbito interpessoal), enquanto A. busca conforto e acolhimento na religião. Sua religião, assim como sua família e toda a sociedade, valoriza o trabalho, o que acirra um sentimento de culpa (dimensão espiritual), além do medo da incapacidade e da dependência (dimensão psíquica). Isso tudo sem falar que a condição de desemprego a coloca em uma posição bastante complicada financeiramente (âmbito financeiro), de modo que, para sobreviver, A. precisa da caridade alheia e, para isso, precisa abrir mão de sua autonomia, de sua possibilidade de optar. Sem dúvida, isso causa um grande sofrimento físico, mental, social e emocional.

A. não sabe quem é, não tem casa, não tem profissão, não tem emprego, não tem lazer nem prazer, não tem família com quem possa contar, não tem nada de seu. Sua vida é dor. A. é um corpo e uma alma que doem.

Vivendo neste meio, como A. poderia controlar o medo da dependência que vem junto com o medo da incapacidade e com tantos outros medos? E afinal, com quem ela pode contar? Como desenvolver modos de enfrentamento adequados para lidar com tantas exigências externas e internas?

Seu corpo tenso, contraído, mais parece o casco de uma tartaruga, dentro do qual ela procura sumir, encapsular-se e, talvez, como a tartaruga, ela procure fazer deste corpo a sua casa, o seu lugar, o seu abrigo, onde ela possa se sentir acolhida e aceita.

E assim, A. reage, ora com espírito de luta, buscando tratamentos físicos e espirituais para sua dor, ora com estoicismo, suportando tudo com resignação e conformismo, e ora com desesperança, colocando-se em uma posição de impotência, de uma falta total de controle sobre sua dor e, consequentemente, sobre sua vida.

Considerações finais

A análise temática da história de vida de A. possibilita levantar alguns tópicos importantes para a compreensão do paciente com dor.

Ao contrário da crença comum, dor e sofrimento não são sinônimos, mas sim diferentes instâncias de um mesmo dado. É importante estabelecer definições e distinções claras entre ambos, pois nem sempre a dor e o sofrimento são correspondentes. A extinção da dor não garante a ausência de sofrimento e vice-versa. Pessini[10] alerta para o perigo de se negligenciar esta distinção. Para o autor, existe uma tendência dos tratamentos (hiperespecializados e altamente tecnológicos) de se concentrarem somente nos sintomas físicos, esquecendo-se que o conforto físico e a ausência de sintomas não eliminam outras fontes de angústia e, portanto, muitas vezes, o sofrimento persiste.

Outra distinção que merece destaque se refere à culpa e à responsabilidade. Muitos profissionais tendem a culpar o paciente pelo fracasso em vez de compartilhar com eles a responsabilidade pelo desenvolvimento e sucesso do tratamento. O sentimento de culpa causa vários impactos no paciente: angústia, diminui sua autoestima, impede o estabelecimento de uma relação de confiança e a adesão ao tratamento; já o compartilhamento de responsabilidades confere uma troca de confiança e cumplicidade ao relacionamento, possibilitando ao paciente o resgate da liberdade para optar, de modo que este se torne sujeito de seu processo.

A busca por culpados para o fracasso não é uma atitude que traz benefícios para qualquer uma das partes. O compartilhamento de responsabilidades, por outro lado, significa uma permuta nos papéis de narrador e ouvinte, em que profissionais e pacientes discutem e planejam o caminho que deverão percorrer juntos. Com esta atitude, profissional e paciente só têm a se beneficiar com os resultados.

É importante demonstrar o contexto vivencial da dor a partir do ponto de vista dos depoentes, o que muitas vezes é relegado a um segundo plano ou, até mesmo, desprezado pelos profissionais de saúde.

O relato e os temas levantados proporcionam uma visão panorâmica e privilegiada. O levantamento dos temas permite a compreensão e o aprofundamento da discussão de questões extremamente relevantes e que se mostram altamente correlatas com a definição de "dor total".

Sabe-se que, em uma cultura tecnicista, a população em geral, e ainda muitos profissionais, tendem a considerar como dor apenas os estímulos relacionados com evidências de lesão física. São utilizados recursos poéticos, como "dor de um coração partido" para descrever um sofrimento cuja evidência física não existe ou não pode ser detectada. O sofrimento, porém, existe, pode e deve ser tratado. O descaso com as outras dimensões da dor total agrega ao (sobre)viver humano um sofrimento que poderia ser evitado ou, ao menos, amenizado.

Com a escuta cuidadosa das queixas do paciente, é possível localizar o "ponto-gatilho psíquico" da dor e tratá-la adequadamente. É preciso investigar e localizar o ponto gatilho do sofrimento, e não apenas a queixa. O olhar atento deve buscar a pessoa que se esconde atrás do sintoma, e não o contrário, sob o risco de, ao se tratar a queixa, condenar o paciente a uma cronificação do sofrimento.

Referências bibliográficas

1. MELZACK, R.; WALL, P. D. The challenge of pain. London: Penguin Books, 1991.
2. SAUNDERS, C. Hospice and palliative care: an interdisciplinary approach. London: Edward Arnold, 1991.
3. KOVÁCS, M. J. Pacientes em estágio avançado da doença, a dor da perda e da morte. In: CARVALHO, M. M. M. J. Psico-oncologia no Brasil: resgatando o viver. São Paulo: Summus, 1998. p. 319.
4. TEIXEIRA, M. J. et al. Dor: conceitos gerais. São Paulo: Limay, 1994.
5. FIGUEIRÓ, J. A. B. Aspectos psicológicos e psiquiátricos da experiência dolorosa. In: CARVALHO, M. M. M. J. Dor: um estudo multidisciplinar. São Paulo: Summus, 1999. p. 140-158.
6. LOBATO, O. O problema da dor. In: MELLO F. J. Psicossomática Hoje. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. p. 165-178.
7. KOVÁCS, M. J. Avaliação de qualidade de vida em pacientes oncológicos em estado avançado da doença. In: CARVALHO, M. M. M. J. Psico-oncologia no Brasil: resgatando o viver. São Paulo: Summus, 1998. p. 159-180.
8. BOM MEIHY, J. C. S. Manual de história oral. São Paulo: Loyola, 1996.
9. SIMONTON, O. C. et al. Com a vida de novo: uma abordagem de autoajuda para pacientes com câncer. São Paulo: Summus, 1987.
10. PESSINI, L. Distanásia: até quando prolongar a vida? São Paulo: Centro Universitário São Camilo – Loyola, 2001.

a As disfunções dolorosas da ATM se referem aos problemas que afetam esta articulação, a oclusão dentária e/ou a musculatura facial. A dor costuma ser a queixa principal dos pacientes e pode ser proveniente da articulação ou da musculatura. Além disso, a dor pode ser localizada ou irradiada, uni ou bilateral e normalmente é acompanhada de outros sintomas, como ruídos articulares, limitação e/ou restrição de movimentos, náuseas, vômitos, entre outros (Correia, 1991).

b Pacientes com dor geralmente sofrem com a perda funcional de partes do corpo. A. sofre com a perda de força muscular necessária para executar os trabalhos domésticos. Embora ela não tenha tido os braços amputados, é como se ela tivesse perdido parte deles.

14

Reconhecimento e Avaliação da Dor no Câncer

Catarina Nívea Bezerra

Câncer e dor oncológica

Em 1990, a Organização Mundial da Saúde (OMS) decretou que a dor associada à neoplasia é uma emergência médica mundial. No entanto, Melo e Pinto-Filho[1] asseguram que a melhora ocorrida no controle da dor do câncer ao longo dos últimos 15 anos não foi o suficiente para que esta deixasse de ser considerada um sério problema de saúde pública.

De acordo com a International Association for the Study of Pain (IASP)[2] e com o Instituto Nacional de Câncer (INCA),[3] o câncer é uma das doenças mais desafiadoras deste século, em razão da ausência de cura e tratamento eficaz, bem como do efeito devastador que causa dor no doente. Ele é definido como um grupo de doenças caracterizadas pela perda do controle da divisão celular e pela capacidade de invadir outras estruturas orgânicas (metástase).

De acordo com a Union Internationale Contre le Cancer (UICC), a cada ano são diagnosticados mundialmente 11 milhões de novos casos. Segundo o INCA,[4] o câncer é uma doença que apresenta alta morbidade e elevada mortalidade no Brasil. Estimase que, em 2020, 16 milhões de pessoas serão diagnosticadas com câncer, sendo mais da metade em países industrializados e em desenvolvimento.

De acordo com os dados epidemiológicos, 6 milhões de novos casos de câncer surgem por ano no mundo, em uma proporção média de 98% nos adultos.[5] No Brasil, as estimativas para 2009 e 2010 eram de aproximadamente 466.730 (0,25%) casos novos de câncer, levando em consideração sobretudo o ambiente, cujo impacto é o fator socioeconômico.[3]Alberts et al.[5] e o Ministério da Saúde do Brasil definem o câncer como um conjunto de cerca de 100 doenças que podem variar em diferentes aspectos, relativos a etiologia, órgãos e modalidades de tratamento especificamente requeridas, o que justifica esse agrupamento sob uma mesma designação. Todavia, é uma característica essencial do câncer ser um distúrbio inserido na regra mais fundamental dos seres multicelulares – a cooperação. Isso significa que algumas células, chamadas cancerosas, passam a apresentar um crescimento rápido e desordenado em relação às células normais, o que origina um tumor ou neoplasma. Esse tumor é conhecido como tumor maligno (ou câncer), ou seja, estas células têm o poder de migrar para tecidos vizinhos, formando tumores secundários, designados metástases.

As células cancerosas dividem-se rapidamente de maneira agressiva e incontrolável na formação dos tumores, podendo formar diferentes tipos de câncer, classificados principalmente em: carcinomas (quando têm início em tecidos epiteliais) ou sarcomas (começam em tecidos conjuntivos, como ossos, músculos ou cartilagem).

O câncer não tem causas bem definidas, e atualmente existem duas hipóteses para o aparecimento dessa enfermidade: fatores externos ou fatores internos do organismo que podem estar inter-relacionados.

Segundo o INCA,[3] a maioria dos casos de câncer foi associada a fatores ambientais, hábitos, costumes e cultura. Então, o surgimento do câncer depende da intensidade e da duração da exposição das células aos agentes causadores da patologia. Existem, no entanto, tumores como o retinoblastoma, que podem ser causados por fatores hereditários.

Yamaguchi[6] apontou a experiência de uma série de métodos diagnósticos para a detecção do câncer, entre eles o exame de sangue, a ultrassonografia e a ressonância nuclear magnética. O laudo final era feito com base no procedimento de biopsia ou punção. Quanto mais precoce fosse realizado o diagnóstico, melhores seriam as perspectivas e os prognósticos do tratamento.

Segundo o INCA,[3] cada tipo de dor de câncer pode ser avaliada e reavaliada por meio do tratamento e progresso da doença, no entanto, muitos países em desenvolvimento têm um pequeno número de profissionais que trabalham com a dor oncológica e não podem, assim, dar a atenção necessária para essa enfermidade que traz tanto sofrimento para a população mundial.

A IASP[2] desenvolve atualmente projetos em alguns países com suporte para treinar atividades que melhorem o gerenciamento da dor de câncer, por objetivar uma melhora na vida das pessoas que sofrem com este mal.

Especialistas de países centrais observam que a manifestação da dor de câncer é inevitável, por isso, encorajam as pessoas a viverem com ela. Por sua vez, a IASP[2] desenvolveu uma classificação da dor de câncer que consiste em um catálogo de lesões e doenças que podem causá-la.

Segundo Bittencourt et al.[7], a globalização e o acesso a novas tecnologias possibilitaram meios mais eficientes para realizar um bom diagnóstico e tratamento, além de proporcionar acesso a banco de dados, melhorando, assim, o mapeamento e o registro de outros casos.

No Brasil, esse banco de dados é analisado pelo sistema de saúde que se encontra dividido em três setores: (1) o público, representado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), por sinal, sendo esse o maior dos três, pois apresenta o maior número de usuários; (2) o privado, que são as clínicas particulares; e (3) os serviços de saúde dos ministérios.[8]

Ainda que todo o desenvolvimento ocorrido na oncologia tenha buscado e obtido resultados no sentido de potencializar a cura de alguns tipos de câncer e reduzir os efeitos colaterais do tratamento, estes ainda foram identificados como fonte de sofrimento e dor. Isso porque muitas das descobertas relativas aos tratamentos permaneceram incompletas, de modo que a terapia continuou sendo, em grande extensão, empírica e pouco seletiva para células malignas e não malignas, o que agravava o problema da toxicidade.[9]

Sontag[10] propôs que o câncer, na década de 1980, era visto da mesma maneira que a tuberculose no século anterior. Concluiu ainda que, enquanto a ciência não compreender as suas causas, as prescrições médicas continuarão ineficazes e essa enfermidade será considerada cruel e furtiva.

Beck e Falkson[11] utilizaram-se de estudo feito pela OMS[12] que sugeriu aos países a inclusão de três estágios para melhorarem o tratamento da dor: o melhoramento da política governamental, a educação e a disponibilidade de fármacos. Os autores destacam ainda que a atividade inicial é a implementação do Programa Nacional de Atenção ao Alívio de Dor, sendo a instrução para a prevalência e a extinção do problema.

A OMS[12] e Im et al.,[13] tanto na África quanto no Brasil, asseguram que o local de residência do paciente, principalmente quando é fora de capitais, é um fator determinante para o tratamento da dor e da doença. Na maioria das vezes, o governo não faz programas informativos, e os pacientes também não têm as melhores oportunidades de fazer diagnósticos precoces do câncer em suas cidades natais, por causa da carência de um programa de saúde com profissionais preparados.

Outro fator importante que a OMS[12] enfatiza para melhorar o tratamento da dor de câncer é a educação dos pacientes. Verificou-se em vários estudos que os pacientes têm níveis de escolaridade baixos, com maior risco de ter queixas de dores por temerem relatar as suas experiências dolorosas para o profissional da saúde, que, por sua vez, não está preocupado em escutar a queixa do paciente.[12,14,15]

O último fator, não menos importante, citado pela OMS,[12] é a questão do tipo de câncer, pois já foi expresso por meio da literatura que os tipos de câncer são semelhantes para ambos os sexos em vários países, independentemente de ser um país desenvolvido ou em desenvolvimento.[8,12,15,16]

O Brasil, por sua vez, está seguindo as normas da OMS e lançou a sua Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO) em dezembro de 2005, com o objetivo de promover ações integradas do governo com a sociedade e, assim, implementar uma nova política que reconheça o câncer como problema de saúde pública e estruture a realização das ações para o seu controle no país.[3]

Vários estudos[8,11,17-19] mostram que a maior frequência da dor varia de acordo com o tipo de tumor primário. Mais de 60% dos pacientes apresentam dores quando têm tumores de mama, cólon e reto, pâncreas, da esfera ginecológica, urológica, brônquios, da cabeça e pescoço e dos ossos, principalmente quando os pacientes já tinham tumores avançados.

Caraceni e Portenoy,[18] Zernikow et al.,[19] Holtan et al.[17] e Everdingen et al.[20] sugerem que os dados deviam incluir o diagnóstico, a fase da doença e o modo da terapia do tumor. Assim, o entendimento da avaliação do paciente com dor oncológica é tentar definir as características da dor, esclarecendo a relação entre a dor e o neoplasma, classificando ambos por meio das síndromes da dor e os mecanismos prováveis que podem ser recebidos pela dor. Essas informações serão importantes para que o médico possa reconhecer o progresso da doença.

De acordo com alguns autores,[21-25] o grande problema da dor no câncer é que a maioria dos pacientes não recebia tratamento necessário para controlar a dor, pois, além da ansiedade de sentir dor, havia o problema da dosagem, geralmente prescrita em doses inferiores ao necessário para o alívio. Em geral, o médico tinha de se preocupar em escutar o relato de seus pacientes para poder realizar o melhor prognóstico do caso.

Nos EUA, a dor no câncer tornou-se rapidamente uma doença crônica e estima-se que uma média de 10 milhões de habitantes viva com este diagnóstico, por não se ter um grande número de profissionais especializados para tratá-la.[14]

Shvartzman et al.[26] enfatizam que, no meio médico, a maioria desses profissionais reluta em prescrever tratamentos adequados aos seus pacientes, pois eles não fazem um inquérito anamnésico pormenorizado em fundamentos de Fisiopatologia, não examinam o corpo do paciente com esmerada semiotécnica, que, por si, eram métodos propedêuticos eficientes e suficientes em quase todas as doenças. Este vício, adquirido mediante errôneas orientações pedagógico-didáticas das escolas de medicina, conduzia o médico a não produzir anamnese e exame físico conclusivo do paciente.

Alguns autores[19,20,24] garantem que a dor do câncer é determinada quase exclusivamente pelo tamanho de agressividade do antitumor no tratamento desses efeitos adversos. Alguns dos efeitos mais comuns são: alopecia, náuseas e mucosites, aumentando a suscetibilidade a infecções em decorrência da imunodepressão, vômitos, entre outros.

Certos pesquisadores[23,26,27] compreenderam que a equipe médica está apta a avaliar o nível da dor. Morton[28] e Klepstad et al.,[29] por sua vez, expressam a ideia de que a dor se torna um componente de aproximação holística do cliente, reduzindo os riscos da equipe que foca o seu controle. O problema, entretanto, foi a equipe acreditar na noção sobre a prevenção da dor, em relação a implementar a mensuração, assim podendo melhorar as informações ensinadas pela equipe, como medidas expressas para controlar a dor dos pacientes.

Para Morton,[28] Portenoy et al.[30] e Cleeland,[23] a avaliação da dor só era exata quando o paciente podia contar à equipe médica sobre sua dor, concluindo que os pacientes não perguntavam sobre os possíveis alívios da dor, pois não tinham coragem de interromper a equipe médica ou porque o remédio era desagradável e ainda induzia aos diversos efeitos colaterais. Por esse motivo, todos os pacientes deviam ser regularmente avaliados sobre a presença da dor, em relação ao seu desprazer e a sua causa.

Holtan et al.[17] acentuam que diferentes estudos populacionais e avaliações de instrumentos podem explicar algumas das discrepâncias do não alívio de dor dos pacientes com câncer, revelando, assim, importantes informações dentro da qualidade do tratamento de dor oferecido.

Estudos recentes[1,31,32] evidenciaram que pouco mais de um terço dos pacientes com câncer apresentam dor leve no momento do diagnóstico – ocorrendo em 30 a 45% dos pacientes durante os estádios iniciais ou intermediários –, enquanto dois terços ou 75% com a doença em estádio avançado classificam a dor com intensidades moderadas ou graves, tendo, assim, um aspecto negativo sobre o emocional e a qualidade de vida desses pacientes.

Beck e Falkson[11] e a OMS[12] propõem que a influência dos fatores da localização do câncer sobre a intensidade da dor é inconsistente, e também que não foram encontradas, nos seus estudos, diferenças na intensidade da dor relacionada com o sexo e a idade e se está vivendo sozinho ou não.

Outros estudos,[20,26] entretanto, dão a entender que o alívio da dor no câncer ainda não foi alcançado, pois 77% dos pacientes ao redor do mundo, com acompanhamento médico, não só não conseguem obter o alívio necessário como dispõem de um controle inadequado do estado doloroso. Dessa maneira, fica evidente que o problema da dor no câncer ainda não teve uma solução adequada.

Philip et al.[33] e Cleeland et al.[23] evidenciam que os problemas de avaliação são as maiores barreiras para o controle e a melhora dos sintomas de dor dos pacientes. É necessário utilizar instrumentos que consigam avaliar os sintomas que ocorrem com maior frequência e os que mais afligem o paciente, assim como sua intensidade. É preciso também que os instrumentos sejam curtos, de fácil compreensão e aplicabilidade para médicos e pacientes em qualquer ambiente.

Estudo de mensuração da dor oncológica em pacientes do Ambulatório de Dor do Instituto do Câncer do Ceará

Método

O objetivo deste estudo foi mensurar a dor de pacientes do Ambulatório de Dor do Instituto do Câncer do Ceará (ICC), hospitalizados ou não, que tivessem queixas de dor há mais de 1 mês.

A pesquisa incorporou os referenciais básicos da Bioética, referentes à resolução nº 196/1996 (autonomia, não maleficência, beneficência e justiça), do Conselho Nacional de Saúde – MS/Brasil, para o desenvolvimento de pesquisas *in anima nolili*. O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética do ICC.

A coleta de dados foi realizada no ICC, que é uma instituição hospitalar filantrópica, fundada em 1944, com o objetivo de atender pessoas carentes portadoras de câncer. Atualmente, é a maior referência em cancerologia no Norte e Nordeste do país. Realiza mais de 300 mil atendimentos e cerca de 290 mil procedimentos por ano. A maior parte de sua clientela (90%) é do SUS. O ICC se localiza na cidade de Fortaleza, a quinta maior capital do Brasil, no estado do Ceará.

Participaram da amostra final 475 pacientes, sendo 196 homens e 279 mulheres, com idades entre 18 e 91 anos. Todos os pacientes tinham diagnóstico de câncer, sem nenhuma restrição do tipo de neoplasia. Essa seleção foi amplamente avaliada por variar no tipo e na intensidade da dor entre os diferentes tipos de câncer.

Além do termo de consentimento livre e esclarecido, coletou-se sobre cada paciente: dados demográficos, características da doença e os tratamentos para controle da dor. Finalmente, foi aplicado o Inventário Breve de Dor no Brasil.[34]

As informações levantadas foram tabuladas e tratadas por métodos descritivos para obtenção de medidas de tendência central, utilizando o programa estatístico SPSS.

Resultados

As características sociodemográficas dos pacientes que compuseram a amostra são apresentadas na Tabela 14.1. Houve predominância do sexo feminino, 58,9% do total da amostra, enquanto 41,1% era do sexo masculino. A média de idade foi 54,37 (± 14,56) e 62,89 (± 16,88), respectivamente (18 anos no mínimo e 95 anos no máximo). Quanto à escolaridade, 62,1% dos pacientes tinham o ensino fundamental, 25,1% eram analfabetos, 10,9% tinham ensino médio e 1,9% tinham certificado de ensino superior. As faixas de escolaridade incompleta foram agrupadas nas faixas similares, o que contribuiu com o número de respondentes com ensino fundamental completo.

Constatou-se maior concentração de pacientes que moravam fora das capitais, 76,8% da amostra, sendo que 23,2% viviam em capitais, condizente com os índices reais do INCA.[4]

Outro dado importante foi a faixa etária dos pacientes, agrupados em intervalos de aproximadamente 20 anos, em que o intervalo de 41 a 60 anos de idade predominou com 44,4% dos pacientes, sendo que as faixas etárias de 41 a 80 anos de idade representaram 81,2% dos pacientes, configurando um perfil de pessoas da terceira idade. Não foram encontradas diferenças significativas dentro da distribuição de gênero e tipo de câncer na amostra de participantes do estudo. Não foi significativa, no entanto, a representação de pacientes com idade ≥ 80 anos. A descrição do potencial desse viés selecionado foi utilizada com o mesmo peso para toda a análise.

Outro dado relevante obtido foi o tipo de câncer que tem sido mais diagnosticado em pacientes com dor relacionada com o câncer. Dentro dos 475 casos examinados, verificou-se que os tipos de câncer mais frequentes são colo de útero, mama, próstata, cabeça e pescoço e osso, apresentados por cerca de 300 pacientes, em um total de 63,2%. O diagnóstico mais predominante foi de câncer no colo de útero (18,7%).

Tabela 14.1 Características demográficas da população avaliada.*

	Participantes em no (%)
Gênero	
Masculino	195 (41,1)
Feminino	280 (58,9)
Grupo de idade (anos)	
18 a 40	55 (11,6)
41 a 60	212 (44,4)
61 a 80	175 (36,8)
81	33 (6,9)
Educação	
Analfabeto	119 (25,1)
Ensino fundamental	295 (62,1)
Ensino médio	52 (10,9)
Ensino superior	9 (1,9)
Residência	
Capital	110 (23,2)
Não capital	365 (76,8)
Tipo de câncer	
Colo de útero	89 (18,7)
Mama	76 (16)

Próstata	72 (15,2)
Cabeça e pescoço	63 (13,3)
Osso	55 (11,6)
Abdome	42 (8,8)
Pulmão	29 (6,1)
Reto	17 (3,6)
Outros	32 (6,7)
Total	475 (100)

*Cálculo estatístico realizado pelo programa SPSS.

Discussão

Os resultados obtidos possibilitam reflexões importantes e podem contribuir para melhor compreensão a respeito da localização residencial, do nível educacional, dos tipos de câncer mais frequentes para ambos os sexos e a faixa etária. Alguns estudos[11] apontam como fator significante a localização residencial dos pacientes, por não terem melhores oportunidades de diagnóstico precoce do câncer. Os dados deste estudo, de certa maneira, suportam esta proposição porque a maioria da população investigada reside fora de capitais do país (76,8%).

Os resultados deste estudo com relação ao primeiro diagnóstico da doença foram semelhantes aos de Wang et al.[35] na China; Uki et al.[36] na Itália; Uki et al.[36] no Japão; Ger et al.[37] em Taiwan; Radbruch et al.[38] na Alemanha; Beck e Falkson[11] na África do Sul; Klepstad et al.[29] na Grécia; Borchgrevink et al. na Noruega; Aisyaturridha et al.[39] na Malásia; Everdingen et al.[20] na Holanda; Holtan et al.;[17] Miaskowski et al.[40] nos EUA.; Harris et al.[32] no Canadá; Kalyadina et al.[41] na Rússia; INCA[8] e Ferreira et al.[42] no Brasil.

A probabilidade dos pacientes do sexo masculino sentirem mais dor refere-se aos seguintes diagnósticos: próstata, cabeça e pescoço, pulmão e reto. Para o sexo feminino, destacam-se os tumores de colo de útero, mama, pulmão e de cólon e reto. Fica evidente que os tipos de neoplasias mais comuns são independentes do grau de desenvolvimento do país.

O resultado sobre o nível educacional mostrou semelhanças com alguns estudos, quando estes sugerem que pacientes com baixo nível educacional têm maior probabilidade de não externar queixas de dor, pelo receio de relatar as suas experiências dolorosas para o profissional da saúde, resultando, assim, em tratamentos inadequados. Corroborando esta ideia, Da Silva, Ribeiro-Filho e Matsushima[43] propõem que um paciente típico raramente faz um julgamento explícito sobre a intensidade de sua sensação dolorosa, por temer descaso dos profissionais da saúde com relação à sua demanda.

Outro dado que chama a atenção e merece reflexão reside no fato de que a maioria dos pacientes (N = 212; 44,4%) recebeu o diagnóstico da doença quando se encontrava na faixa etária de 41 a 60 anos de idade. Este resultado corrobora outros estudos[11,17,29,32,35-42,44] já realizados.

Em resumo, o estudo reuniu evidências de que a caracterização dos pacientes com dor no câncer é semelhante em várias culturas e em vários países, demonstrando que, independentemente de sexo, faixa etária, tipo de câncer, escolaridade e moradia, a mensuração da dor oncológica está relacionada com fatores neurofisiológicos, culturais, situacionais e psicológicos.[43]

Considerações finais

A análise descritiva dos dados dos pacientes com dor no câncer apresentou predominância em algumas características.

As características demográficas predominantes foram pacientes com faixa etária de 40 a 60 anos, com ensino fundamental ou analfabeto. Observou-se predominância do gênero feminino (58,9%) para os cânceres de colo de útero e mama, representando 34,7% da amostra, que corrobora dados estatísticos divulgados pelo INCA.[4] Estes percentuais foram obtidos em razão do controle no processo de coleta de dados do estudo. Constatou-se que 76,8% dos pacientes não residem em capitais.

As incidências de cânceres de próstata, cabeça e pescoço, pulmão, cólon e reto no sexo masculino continuam elevados no Brasil. Os dados deste estudo revelam a necessidade de melhorar a educação e a informação sobre a doença, importantes para melhorar a qualidade de vida desses pacientes, e propõem como desafio aos governantes a realização de programas informativos educacionais relacionados com o tipo, o tratamento e a dor no câncer,

A presente investigação deu relevância à necessidade de elaboração e implementação de estratégias que envolvam e mobilizem a população em questões ligadas à saúde pública.

Referências bibliográficas

1. MELO, I. T. V.; PINTO-FILHO, W. A. P. Dor: princípios e prática. In: NETO, O. A.; SIQUEIRA C. M. C.; TEIXEIRA, M. J. (Orgs.). Dor no câncer. Porto Alegre: Artmed, 2009. p. 792-804.
2. INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN. Cancer pain management in developing countries. Pain. Clinical Updates. n. 17, p. 1-4, 2009.
3. INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER DO BRASIL. (2009). Disponível em www.inca.gov.br.
4. INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER DO BRASIL. (2010). Disponível em www.inca.gov.br.
5. ALBERTS, B. et al. Biologia molecular da célula. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. p. 1255-1291.
6. YAMAGUCHI, N. H. O câncer na visão da oncologia. In: CARVALHO, M. M. M. (org). Introdução à psico-oncologia. Campinas: Psy, 1994. p. 21-32.
7. BITTENCOURT, R. et al. Perfil epidemiológico do câncer na rede pública em Porto Alegre – RS. Rev. Bras. Cancerol., v. 50, n. 2, p. 95-101, 2004.
8. INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER DO BRASIL. (2008). Disponível em www.inca.gov.br.
9. CRIST, W. M.; HESLOP, H. Princípios de diagnósticos. In: NELSON, W. E. (ed). Tratado de Pediatria, v. 2., 15. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1997. p. 1674-1680.
10. SONTAG, S. A doença como metáfora. Rio de Janeiro: Grceal, 1984. p. 9-13.
11. BECK, S. L.; FALKSON, G. Prevalence and management of cancer pain in South Africa. Pain, v. 94, p. 75-84, 2001.
12. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Cancer pain relief. Geneve: World Health Organization; 2009.
13. IM, E. O. et al. African American cancer patients' pain experience. Cancer Nurs., v. 31, n. 1, p. 38-46, 2008.
14. SUN, V. et al. Barriers to Pain assessment and management in cancer survivorship. Journal Cancer Survivorship, v. 2, n. 1, p. 65-71, 2008.
15. COMMITTE ON CANCER SURVIVORSHIP, National Cancer Policy Board. From cancer patient to cancer survivor – Lost in transition. Washington, D. C., 2006. Disponível em www.nap.edu.
16. HWANG, S. S. et al. Development of cancer pain prognostic Scale. J. Pain Symptom Manage., n. 24, p. 366-378, 2002.
17. HOLTAN, A. et al. The brief pain inventory. Palliative Medicine, n. 21, p. 7-13, 2007.
18. CARACENI, A.; PORTENOY, R. An international survey of cancer pain characteristics and syndromes. Pain, v. 82, p. 263-274, 1999.
19. ZERNIKOW, B. et al. Pain in Pediatric Oncology- children's and parents' Perspectives. Eur. J. Pain, 2004.
20. EVERDINGEN, M. H. J. et al. High prevalence of pain in patients with cancer in a large population-based study in The Netherlands. Pain, v. 132, p. 312-320, 2007.
21. HOSSFELD, D. K. et al. Manual de oncologia clínica, 2. ed. São Paulo: Springer-verlag, 1993.
22. PIMENTA, C. A. M. et al. Dor no doente com câncer: características e controle. Rev. Bras. Cancerol., p. 43-50, 1997.
23. CLEELAND, C. S. et al. Assessing symptom distress in cancer patients. American Cancer Society, v. 1, n. 89, p. 1934-1946, 2000.
24. BURTON, A. W. et al. Chronic pain in the cancer survivor: a new frontier. Pain Med., v. 8, p. 189-98, 2007.
25. NUHU, F. T. et al. Psychological and physical effects of pain on cancer patients in Ibadan, Nigeria. Afr. J. Psychiatry, v. 12, n. 1, p. 64-70, 2009.
26. SHVARTZMAN, P. et al. Pain control in Ambulatory Cancer Patients – Can we do better? J. Pain Symptom Manage., v. 26, p. 716-722, 2003.
27. ROMSING, J. et al. Postoperative pain in children: comparison between ratings of children and nurse. J. Pain Symptom Manage., v. 11, n. 1, 1996.
28. MORTON, N. S. Pain assessment in children. Pediatric Annesthesia, v. 7, p. 267-272, 1997.
29. KLEPSTAD, P. et al. The Norwegian brief pain inventory questionnaire: translation and validation in cancer pain patients. J. Pain Symptom Manage., v. 24, p. 517-25, 2002.
30. PORTENOY, R. K.; PAYNE, D.; JACOBSEN, P. Breakthrough pain: characteristics and impact in patients with cancer pain. Pain, v. 81, p. 129-134, 1999.
31. WELLS, N. Pain intensity and pain interference in hospitalized patients with cancer. ONF, v. 27, n. 6, p. 985-991, 2000.
32. HARRIS, K. et al. Worst, average or current pain in the brief pain inventory: which should be used to calculate the response to palliative radiotherapy in patients with bone metastases?. Clin. Oncol., v. 19, p. 523-527, 2007.
33. PHILIP, J. et al. Concurrent validity of the modified Edmonton Symptom Assessment System with the Rotterdam Symptom Checklist and the Brief Pain Inventory. Support. Care Cancer, v. 6, p. 539-541, 1998.
34. MENEZES, C. N. B. Validação de uma versão brasileira do Inventário Breve de Dor. 126f. Tese (Doutorado). Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.
35. WANG, X. S. et al. The Chinese version of the Brief Pain Inventory (BPI-C): its development and use in a study of cancer pain. Pain, v. 67, p. 407-416, 1996.
36. UKI, J. et al. Brief cancer pain assessment tool in Japanese: the utility of the Japanese Brief Pain Inventory BPI-J. J. Pain Symptom Manage., v. 16, n. 6, p. 364-373, 1998.
37. GER, L. P.; HO, S. T.; SUN, W. Z. Validation of the Brief Pain Inventory in a Taiwanese population. J. Pain Symptom Manage., v. 15, p. 316-322, 1999.
38. RADBRUCH, L.; LOICK, G.; KIENCKE, P. Validation of the German version of the Brief Pain Inventory. J. Pain Symptom Manage., v. 18, p. 180-187, 1999.
39. AISYATURRIDHA, A., NAING, L. N., & NIZAR, A. J. Validation of the Malay Brief Pain Inventory Questionnaire to Measure Cancer pain. J. Pain Symptom Manage., v. 31, n. 1, p. 13-19, 2006.
40. MIASKOWSKI, C. et al. The use of a responder analysis to identify differences in patient outcomes following a self-care intervention to improve cancer pain management. Pain, v. 129, n. 1 a 2, p. 55-63, 2007.
41. KALYADINA, S. A. et al. Russian Brief Pain Inventory: Validation and Application in Cancer Pain. J. Pain Symptom Manage., v.35, n.1, p. 95- 102, 2008.
42. FERREIRA, K. A. et al. Validation of brief pain inventory to Brazilian patients with pain. Support Care Cancer, v. 19, n. 4, p. 505-11, 2011.
43. DA SILVA, J. A.; RIBEIRO-FILHO, N. P.; MATSUSHIMA, E. H. Mensurando o quinto sinal vital: a dor. Ribeirão Preto: Funpec, 2010.
44. NAKAMURA, Y.; CHAPMAN, C. R. Measuring pain: an introspective look at introspection. Conscious Cogn., v. 11, n. 4, p. 582-92, 2002.



Parte 4

Intervenções Psicoterapêuticas na Dor

15

Dor e Sofrimento | Eficácia da Terapia Cognitivo-comportamental em Grupo

Martha Moreira Cavalcante Castro

O controle da dor tem sido um dos maiores desafios ao longo da história da humanidade. A interpretação do fenômeno doloroso varia de uma cultura para outra, e a intensidade e o caráter da dor sentida são mais que uma sensação; são influenciados por fatores emocionais, cognitivos e psicossociais.[1,2]

Os componentes emocionais e comportamentais envolvidos na experiência dolorosa crônica são muito significativos. Cada indivíduo lida com seu sofrimento conforme a idade, sexo, maturidade emocional, contexto cultural e experiências anteriores. Todo ser humano emite reações quando se depara com a dor.[3,4]

Neste sentido, quando a dor se cronifica, deixa de ser apenas um sintoma e passa a ser definida como doença, levando o portador de dor crônica, afastado do seu cotidiano, a se relacionar consigo próprio e com o mundo a partir de seu sofrimento.

Deste modo, nos quadros dolorosos, é frequente ocorrer aumento das reações ansiosas acompanhados de sentimentos de medo e insegurança diante do desconhecimento diagnóstico. Por outro lado, quando a causa do fenômeno doloroso não é superada, tornando-se um processo crônico, sentimentos como desesperança, impotência e desespero podem ceder lugar a outros sintomas depressivos ou a própria depressão maior.[5,6]

Observa-se que o paciente com dor aguda demonstra facilmente sofrimento e busca alívio imediato para seu mal, enquanto aquele que sofre de dor crônica adapta-se a ela sem perceber, pois a dor passa a fazer parte do seu cotidiano e de sua família. Por meio da acomodação à dor, o indivíduo consegue lidar no meio social sem aparentar a intensidade dolorosa, o que resulta, muitas vezes, no questionamento da autenticidade do sofrimento.[7]

Apesar da depressão e da ansiedade serem os transtornos mais diagnosticados nos pacientes com dor crônica, existe uma correlação entre emoções negativas (principalmente aquelas relacionadas com somatização, catastrofização, fatores interpessoais e sociais) e o aumento do nível de dor que afeta a vida diária.[8] Dentre as interferências da dor na vida diária dos indivíduos, encontram-se especialmente aquelas relacionadas com as alterações na qualidade de vida (QV). A Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu QV como "[...] percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores em que vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações". A partir desta definição, ficou estabelecido que a QV contempla seis domínios: saúde física, estado psicológico, níveis de independência, relacionamento social, características ambientais e padrão espiritual.[9]

A família inserida no adoecimento crônico também é alvo das dificuldades do sofredor crônico e, como frequentemente exerce a função de cuidador, sintoniza-se com o paciente e, muitas vezes, adoece com ele. Também há a necessidade de comunicação aberta e assertiva entre os membros da família, o paciente e a equipe de profissionais de saúde, para a obtenção de resultado satisfatório no tratamento.[10,11] O tratamento para o controle da dor crônica pode ser

desenvolvido a partir de inúmeras intervenções: farmacológicas; bloqueios anestésicos; fisioterapia; acupuntura; analgesia por hiperestimulação;[12] *biofeedback*;[13] hipnose, relaxamento e psicoterapias que podem ser individuais ou em grupo.[14]

A terapia cognitiva é uma abordagem ativa (terapeuta e paciente agem cooperativamente); diretiva (dirigida aos problemas apresentados aqui e agora, embora utilize história de vida para melhor compreensão das crenças); psicoeducativa (o terapeuta ensina ao paciente o modelo cognitivo, a natureza do problema, o processo terapêutico e a prevenção de recaídas); estruturada (constrói uma sequência de sessões pré-estabelecidas); breve (geralmente entre 16 e 20 sessões); utiliza tarefas de casa como atividades integradas ao processo terapêutico, assim como técnicas cognitivas e comportamentais para a modificação das crenças disfuncionais.[15-17]

O atendimento a pacientes em grupo terapêutico na abordagem cognitivo-comportamental envolve uma preparação cuidadosa que inclui treinamento do terapeuta e do coterapeuta, realização de grupo piloto para a adequação do modelo a ser seguido e seleção dos pacientes que farão parte do trabalho. Apesar de, inicialmente, a *terapia cognitivo-comportamental* (TCC) ter sido desenvolvida como terapia individual da depressão, ela se adéqua bem ao formato grupal.[18]

Em geral, o terapeuta principal conduz o grupo e um coterapeuta oferece suporte e fica atento às interações grupais. Os grupos costumam ter formato fechado e as sessões podem durar de 1 h 30 min a 2 h. A estrutura da sessão envolve a ponte com a sessão anterior, a agenda, os resumos após a explicação dos conceitos e as tarefas, habitualmente reservadas aos 10 min finais das sessões.[19-21]

A terapia em grupo para pacientes com dor crônica apresenta muitas vantagens: contato com pessoas que têm problemas similares; aprendizado decorrente desse contato; o trabalho ajuda o paciente a compreender o papel que a dor exerce sobre seu comportamento e pensamento; e, no contato com o outro, o paciente aprende a lidar com seus próprios recursos de enfrentamento.[22] A terapia em grupo pode reduzir a dor e possibilitar que os pacientes tenham funcionamento satisfatório na vida diária, mesmo com a permanência do quadro álgico. As vantagens da TCC em grupo incluem as interações entre os indivíduos e a função encorajadora, propiciando a revelação de sentimentos e pensamentos a outras pessoas que compartilham circunstâncias de vida semelhantes.[23]

Há 17 anos foi criado o primeiro centro de dor da Bahia no Complexo Hospitalar Universitário Professor Edgard Santos (Complexo HUPES)/Universidade Federal da Bahia (UFBA) denominado Programa Interdisciplinar Docente, Assistencial de Pesquisa e Extensão em Dor. A partir daí, ao longo de todos esses anos, foram desenvolvidos protocolos e intervenções terapêuticas para atender a uma demanda sempre crescente. Após avaliações individuais com anamneses, questionários, escalas e entrevistas diagnósticas, os pacientes são encaminhados para especialistas ou atendimento psicoterapêutico individual ou em grupo.

Para compreender e validar as práticas do trabalho do psicólogo neste centro, foi realizado um desenho de estudo do tipo ensaio clínico randomizado e controlado. O objetivo foi comparar se os pacientes submetidos à TCC em grupo apresentavam mudanças no escore de dor quando comparados com pacientes submetidos a tratamentos não psicoterápicos disponíveis para pacientes com dor crônica, assim como verificar se havia alteração dos sintomas ansiosos e depressivos nos pacientes submetidos aos grupos de tratamento e se os escores da escala de qualidade de vida se modificariam após os tratamentos. Posteriormente, foram analisados os grupos terapêuticos com base na análise de conteúdo das falas dos sujeitos.

Para o ensaio clínico, partiu-se de um banco de 400 pacientes, mas, após exclusão da presença de qualquer doença mental de acordo com o Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.), versão Plus, entrevista clínica estruturada para a escala breve de avaliação psiquiátrica compatível com os critérios do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition* (DSM-IV) e Classificação Internacional de Doenças (CID-10), para obtenção de diagnósticos de transtornos psiquiátricos no momento da aplicação, assim como no passado, restaram 146 pacientes. Destes, 51 não preenchiam o critério de inclusão para a terapia; escolaridade de pelo menos 5 anos de estudo; disponibilidade para frequentar o grupo terapêutico durante as 11 semanas, pois um dos critérios para a retirada do estudo era a ausência a duas sessões de grupo consecutivas ou a quatro sessões alternadas. Os 95 pacientes selecionados para o estudo foram avaliados e randomicamente alocados em dois grupos: 48 pessoas no grupo de acompanhamento psicoterápico na modalidade cognitivo-comportamental e 47 pacientes no grupo de tratamentos não psicoterápicos (chamado de grupo-controle), do qual 2 retiraram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), sendo, assim, o trabalho concluído com 45 pessoas.

A duração das intervenções foi de 10 semanas, pois a primeira foi destinada à apresentação da proposta terapêutica e avaliação dos pacientes.

Os 93 pacientes foram avaliados quanto à intensidade da dor, presença ou não de sintomas ansiosos e depressivos e avaliação da qualidade de vida antes e após 10 semanas da intervenção.

Foram utilizados os seguintes instrumentos:

- Questionário com itens para caracterização dos sujeitos: idade, gênero, estado civil, escolaridade, religião, profissão, ocupação atual (ativos, afastados ou aposentados); e questões referentes à dor: diagnóstico médico, duração, frequência, tempo de tratamento neste ambulatório e resposta ao tratamento instituído
- Escala visual analógica (EVA), utilizando como pontos: 0 a 1 = sem dor; 2 a 3 = dor leve; 4 a 5 = dor moderada; 6 a 7 = dor intensa ou grave; e 8 a 10 = dor insuportável[3,24]

- Escala hospitalar de ansiedade e depressão (HAD), que tem 14 itens, sendo 7 para ansiedade e 7 para depressão, tendo como ponto de corte 8 para ansiedade e 9 para depressão[25]
- Escala de Qualidade de Vida SF-36 (*Medical Outcomes Study 36-item Short-form Health Survey*), instrumento genérico composto de 36 itens que avalia as seguintes dimensões: capacidade funcional (capacidade de cuidar de si mesmo e de desempenhar atividades de vida diária); aspectos físicos (impacto da saúde física para desempenhar suas atividades); dor (nível de dor para o desempenho de suas atividades diárias); estado geral de saúde (como o indivíduo percebe sua saúde); vitalidade (percepção de sua saúde); aspectos sociais (impacto das condições físicas sobre sua vida social); aspectos emocionais (o emocional interferindo em suas atividades diárias); e saúde mental (interferência do estado de humor sobre sua vida).[26]

Para a confecção do protocolo de acompanhamento psicoterápico em grupo para pacientes com dor crônica, foram consultados os seguintes manuais: *Cognitive Therapy with Chronic Pain Patients*;[27] Terapia cognitivo-comportamental em grupo para populações específicas[28] e o *Psychological approaches to pain management: a practitioner's handbook*.[29] Isto se deu com o propósito de padronizar os critérios referentes ao número de sessões, número de pacientes e as principais técnicas utilizadas pela TCC para os portadores de dor crônica. A lista de randomização foi preparada por pessoa independente, sem ligação com o tratamento ou avaliação para a alocação aleatória do paciente em um dos dois braços do tratamento. A cada paciente, foi designado número crescente, segundo a entrada temporal no estudo. A randomização foi realizada com o auxílio do programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), criando dois grupos, um de TCC e o outro, considerado grupo-controle, de pacientes submetidos às abordagens não psicológicas que objetivavam o controle da dor, denominado tratamento usual, como fisioterapia, acupuntura e pilates. A eficácia primária foi avaliada pelo escore da escala EVA que mede a intensidade de dor. Como parâmetro secundário de eficácia, foram usadas as escalas HAD e SF-36.

Para a construção do banco de dados e cálculos estatísticos, foi utilizado o programa SPSS 16.0. O estudo seguiu a orientação da declaração de Helsinki de 1989, assim como a resolução 196/1996 sobre pesquisas envolvendo seres humanos do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade Climério de Oliveira/UFBA, parecer/resolução nº 90/2007. A participação no estudo foi voluntária, iniciando-se somente após a assinatura do TCLE pelo paciente.

A análise dos resultados mostra que houve significativamente mais mulheres no grupo tratado com a TCC e mais pacientes sem ocupação foram alocados para o grupo controle. As demais variáveis (idade, estado civil e tempo com dor) mostraram-se semelhantes em ambos os grupos.

Quanto aos resultados após a intervenção, não houve redução significante do nível de dor nem dos sintomas ansiosos. Por outro lado, no grupo tratado com TCC, houve importante redução dos escores da HAD para os sintomas depressivos em relação ao grupo-controle ($p = 0,03$). Com referência à qualidade de vida, as dimensões do estado geral da saúde, limitações físicas e limitações emocionais revelaram melhores resultados nos pacientes submetidos à TCC do que nos pacientes do grupo-controle. Os resultados revelam melhora da dor (EVA), dos sintomas ansiosos (HAD) e de todos os domínios da SF-36, exceto saúde mental, que demonstrou apenas tendência ($p = 0,06$).

Após a análise dos resultados apresentados, observa-se que os dados sociodemográficos observados na amostra foram compatíveis com aqueles encontrados na literatura quanto a faixa etária e estado civil.[30] Entretanto, houve muito mais pessoas do gênero feminino alocadas para o grupo de tratamento com TCC do que para o grupo-controle. Embora não haja explicação segura para este desequilíbrio, é possível atribuí-lo a uma amostra relativamente pequena. Entretanto, os parâmetros basais referentes a dor, sintomas ansiosos e depressivos, bem como qualidade de vida, mostraram-se semelhantes em ambos os grupos.

A literatura aponta que pessoas portadoras de doenças crônicas, que necessitam de tratamento contínuo e por período prolongado, apresentam importantes alterações do humor e da qualidade de vida. Há o relato de que quanto maior a intensidade da dor, menor a percepção de controle do indivíduo acerca de sua vida. Isto está relacionado principalmente com prejuízos sociais, alterações das atividades da vida diária, do sono e do apetite, entre outras.[31,32]

Neste estudo, os pacientes do grupo de TCC, semelhantemente aos do grupocontrole antes da intervenção, apresentavam dor intensa, sintomas ansiosos e depressivos e escores de qualidade de vida à SF-36 abaixo de 50% em todos os itens da escala. Os itens mais críticos foram os relativos às limitações físicas e emocionais. O adoecimento crônico, a necessidade de tratamento contínuo e a presença de comorbidades são fatores relevantes na determinação da qualidade de vida da população. Neste estudo, todos os domínios da SF-36 aumentaram nos pacientes do grupo de TCC, em comparação com os do grupo-controle ($p < 0,05$). No entanto, os resultados obtidos ainda se mostram abaixo da média esperada, confirmando alguns trabalhos que utilizaram esta escala e demonstraram que pacientes com dor crônica apresentam baixa qualidade de vida.[33]

Tanto a TCC quanto as terapias de controle mostraram melhora da dor (EVA), dos sintomas ansiosos (HAD) e de alguns domínios da escala SF-36, contudo, o grupo controle apresentou melhora em um número menor de domínios da escala em relação ao grupo da TCC. Neste estudo, o grupo controle apresentou diminuição do nível de dor demonstrado pela EVA, no nível de ansiedade de acordo com a HAD e discreto aumento dos escores da SF-36 na comparação entre os valores basais e os desfechos. Isto ilustra o quanto intervenções terapêuticas em pacientes que sofrem de dores crônicas favorecem a melhora dos sintomas. Já no grupo dos pacientes submetidos à TCC, os resultados apontam para certa diminuição do nível de dor de intensa para moderada, diminuição dos sintomas ansiosos pela HAD (provavelmente como resultado das técnicas de relaxamento e autocontrole enfatizadas na maior parte das sessões do grupo terapêutico) e aumento dos itens da SF-36, sendo estes resultados estatisticamente significantes e semelhantes aos da literatura.[34]

Quanto ao escore de depressão pela HAD, não houve alteração a partir da intervenção feita, o que corrobora a premissa de que sintomas depressivos são a principal comorbidade em pacientes com dor crônica. Isto pode ainda ter sido decorrente do fato de a terapia buscar ensinar aos pacientes técnicas cognitivas e comportamentais para que pudessem lidar melhor com a cronicidade da dor, e esta escala só discrimina a partir de um ponto de corte se o paciente está ou não deprimido, não valorizando a intensidade dos sintomas.

O fato de não ter sido observado aumento dos escores da SF-36 em todos os itens demonstra que esses pacientes podem, a partir da intervenção realizada, estar aprendendo a lidar de maneira mais adaptativa com a dinâmica do seu cotidiano, havendo, por isso, melhora do estado geral da saúde. A elevação dos itens referentes à limitação física e emocional pode ter se dado a partir do aprendizado de técnicas como comportamento assertivo, relaxamento, treino em resolução de problemas e de autocontrole.

As principais conclusões deste estudo, após 10 semanas de tratamento, são de que a TCC em grupo mostrou-se eficaz no tratamento da dor de pacientes com dor crônica; houve significante melhora dos sintomas ansiosos dos pacientes tratados com TCC; houve melhora significativa de todos os domínios da escala SF-36 no grupo de TCC em comparação com o grupo-controle; observou-se redução significantemente maior dos sintomas ansiosos no grupo tratado com TCC do que nos controles. A partir destas conclusões, serão analisados os conteúdos obtidos a partir dos grupos terapêuticos, baseado na TCC, a fim de conhecer de maneira mais aprofundada o universo deste sofredor crônico.

Quando se analisa um estudo com abordagem qualitativa, o principal objetivo é compreender a subjetividade destes indivíduos que padecem de dor, buscando conhecer como é sua relação com o adoecimento, a dinâmica do trabalho e sua família.

Foram analisados os conteúdos obtidos a partir dos grupos terapêuticos de cinco pacientes. Os grupos tiveram frequência semanal de 2 h, com 11 sessões estruturadas, e obedecia à seguinte ordem das sessões: acolhimento e informação sobre o grupo terapêutico; psicoeducação acerca da dor e da TCC; treino do registro de pensamentos disfuncionais (RPD) e treino de técnicas de relaxamento; treino na técnica de resolução de problemas; treino na técnica da assertividade; relação dor × trabalho; quem sou eu, como percebo a minha dor; eu, minha família e a dor; e o futuro e a prevenção de recaídas. Todos os encontros foram filmados em DVD, captando todas as respostas e imagens. Posteriormente, as imagens e os sons foram observados e transcritos para codificação e análise dos dados.

Na organização dos dados, foi usada a técnica de análise categorial segundo Bardin,[35] para compreender a percepção dessas mulheres sobre sua dor, o tratamento realizado, as perdas e dificuldades encontradas no processo de adoecimento, a fim de oferecer estratégias de enfrentamento para seguir para além da dor. Pela leitura do material, as falas foram agrupadas em categorias dando sequência às seguintes questões: "*A dor impõe limitações físicas e emocionais e interfere nas relações sociais e familiares do sujeito?*" e "*O que entendo da dor e como posso ressignificá-la a partir do grupo terapêutico?*", que serão expostas nos resultados deste trabalho.

As cinco mulheres tinham idades entre 37 e 61 anos e referiam queixa de dor há mais de 10 anos. Destas, duas tinham nível de escolaridade superior e três possuíam o ensino médio completo. Quanto à ocupação profissional, três estavam afastadas pela dor pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS); uma estava aposentada e uma estava desempregada. Três tinham companheiro e filhos; uma era viúva e tinha filhos e uma era separada com filho. Desta maneira, começou-se perguntando a estas mulheres se a dor havia interferido nas suas relações com o mundo do trabalho, com suas relações interpessoais e com a família. Todas responderam que sim, como se pode identificar em seus depoimentos:

> "[...] nós estamos aqui buscando qualidade de vida, e se sentir incapaz é horrível, eu que trabalhei desde cedo e hoje não posso fazer muita coisa, mas eu procuro fazer algumas coisas para não me sentir incapaz. A incapacidade incomoda. A gente tem que ir à luta, mesmo não tendo mais aquele pique, mas mesmo assim levando a vida." (sic) (L.)

A identidade laboral do indivíduo adulto é construída a partir da sua relação com o trabalho, o local físico, as relações interpessoais com os colegas, sua funcionalidade e produtividade. Desta maneira, ao ser afastado das suas atividades laborais, o indivíduo se vê desconectado do mundo, sendo comum a partir daí, o aparecimento de sintomas ansiosos e depressivos, isolamento social e medo do futuro.[36]

> "[...] eu estou em processo de adaptação no trabalho; por um lado eu gostei de voltar porque a gente se distrai, vê gente nova, mas por outro lado eu estou sentindo na pele o esforço de estar indo, pegando transporte todos os dias, de estar trabalhando sentada. Eu chego em casa acabada, com a cabeça estourando. Essa semana, as meninas estão tendo cuidado de poupar do serviço, mas não tem como, eu não vou ficar lá parada olhando as pessoas trabalharem, eu até estou tirando elas da atividade porque elas vão pegar coisas para mim. Estou nesse processo de adaptação, só que eu já estou sentindo muitas dores. Eu creio que estou sendo observada e lá tem câmera em todos os lugares e eu fico constrangida em não me esforçar muito, não pegar e ficar parecendo que eu sou inútil no setor; eu fico querendo fazer, mas ao mesmo tempo não dá para fazer tudo. A semana toda foi dor o tempo todo." (sic) (M. J.)

Além de modificar as relações com o trabalho, o que se observa é que há uma modificação nas relações familiares a partir deste adoecimento.

É importante compreender o significado que os pacientes dão à experiência de dor como fator de adaptação. Para isso, é relevante ressaltar o papel das crenças para o paciente com dor crônica, assim como sua influência na percepção final da dor e nas estratégias de enfrentamento usadas por ele. As crenças podem envolver conceitos próprios sobre o que é dor, seu significado e a compreensão pessoal da experiência dolorosa.[37]

> "[...] quando você começa a sentir dor, tudo muda. Porque por mais que você tente esquecer ela, tem horas que você não consegue. Tem dias que se eu pudesse não queria que ninguém pegasse em mim, então eu acho que a dor alterou o meu relacionamento. Tem lugares que se você não estiver se sentindo muito bem é melhor não ir, porque você acaba se irritando mais, não se diverte e acaba se cansando." (sic) (M. R.)

A experiência do adoecimento é muito difícil não só para o paciente, mas também para seus familiares, amigos, cuidadores e equipe de saúde envolvida em seu tratamento. O sistema familiar funciona de acordo com regras e padrões próprios, e o adoecimento de um membro "desestabiliza" esse sistema, que precisará ser reorganizado para atender as

demandas advindas da doença e do tratamento. As adaptações feitas pelos membros da família, mudanças de papéis, flexibilidade e cuidado integral proporcionarão alívio do sofrimento.[38]

"[...] você não é mais como era antes, nenhum relacionamento é mais como era antes, nem com filho, nem com marido, nem com familiares." (sic) (I.)
"[...] eu fiz propostas para meus filhos na divisão de tarefas, mas não deu certo. Conversei, expliquei. Pedir ajuda, a gente pede, mas não dá certo, eles não ajudam, a dor interferiu eu me tornei uma pessoa agressiva. Muitas vezes por ter coisas para fazer ou as pessoas não entenderem que a gente está sentindo dor e não pode esconder, afetou minha vida com meus filhos e a vida social. Com relação a trabalho em casa, a gente precisa de ajuda, então eu passei a cobrar e exigir, porque quando eu não tinha ajuda eu me aborrecia muito. Passei a não sair, não deixei de conviver com a família, mas eu evitava ir às festas, reuniões. Com relação ao sexo, foi um problema, porque meu marido não entendia e a cobrança é normal. E a gente não se sente a mesma de antigamente e, no meu caso, os problemas do dia a dia acabaram em separação, não foi somente a dor, mas contribuiu." (sic) (M. J.)

Do mesmo modo, quando o paciente acredita que pode ter controle sobre sua vida, percebe menos a intensidade da dor, mostra maiores níveis de atividade, utiliza estratégias de enfrentamento mais adaptativas e isto reflete maior nível de adaptação. Ao contrário, o paciente que se vê indefeso ante a impossibilidade de controlar a dor crônica apresenta aumento da frequência e da intensidade dos episódios dolorosos.[39]

Ao analisar os conteúdos referentes às perdas sociais após o quadro de dor, verificouse que, com o afastamento dos colegas de trabalho, o uso de medicações e as dificuldades com a família, elas se afastaram das atividades de lazer.

"[...] eu achava que não conseguia sair, porque tinha que sair de ônibus e depois as dores aumentam. Eu pensava que se ficasse em casa eu ia melhorar, só que eu não melhorava. Porque quando ficava em casa, ficava deitada, se eu passasse um pano na casa me sentia mal." (sic) (S.)
"[...] Quando a gente tá com dor, tudo cansa, eu mesmo não suporto ir à praia porque o sol me irrita." (sic) (M. J.)

Ao se analisar os conteúdos para compreender a questão *"O que entendo da dor e como posso ressignificá-la a partir do grupo terapêutico?"*, foram destacados os seguintes depoimentos:

"Eu pareço que não vivo, sou uma pessoa que não tenho vida." (sic) (M. J.)

"Dor é uma coisa que incomoda bastante, tira o sono, a fome, a vontade de fazer qualquer tipo de atividade." (sic) (S.)

É muito importante saber o que a paciente sabe a respeito do seu quadro álgico, quais as crenças acerca da dor para conseguir adesão acerca do tratamento. No perfil destas pacientes, o que se observa é que, como têm muito tempo de dor, já se submeteram a inúmeros tratamentos anteriormente com poucos benefícios adquiridos, apresentam uma visão pessimista da vida diante da dor, assim como uma atitude de passividade e submissão diante dela.

"[...] eu venho tentando agir dessa maneira, de não deixar me jogar, se eu sei que a dor é crônica, eu tenho que aprender a conviver com ela, respeitar o meu organismo, meu corpo. Se eu puder, eu faço, se eu não puder, não faço. Se eu aguentar sair, eu saio, senão eu não saio. Tento desviar o pensamento do medo. Temos também que tentar evitar as coisas que aborrecem. Tentar resolver as preocupações fazendo um registro dos pensamentos." (sic) (I.)

Apesar de ser singular para quem a sente, a dor traz a possibilidade de ser compartilhada em seu significado, pois é uma realidade coletiva. Então, esta concepção agrega significados psíquicos e culturais, pois toda experiência individual se inscreve em um campo de significações coletivamente elaboradas.[40]

Controlar a dor por meio de técnicas cognitivo-comportamentais se baseia nos princípios de que a dor é, também, um comportamento aprendido socialmente e reforçado pela interação do indivíduo com o meio ambiente. Assim, o sujeito não é uma pessoa que recebe passivamente as informações; ele pode aprender ou reaprender comportamentos mais adaptativos para proporcionar melhor bem-estar e mais funcionalidade no seu cotidiano. Desse modo, pensamentos, regras, atitudes e crenças podem interferir nos processos psicológicos, influenciando no humor, nos comportamentos e nas relações sociais, e vice-versa.[41]

"[...] eu estou me achando melhor do nervosismo, da dor de cabeça. Mas eu estou conseguindo controlar a dor e ficar calma, se não der eu não faço, fica lá, se minhas filhas puderem fazer elas fazem. Antes eu ficava nervosa, tremendo sem paciência. Agora não, fico calma, controlo a ansiedade conversando, vendo TV, distraindo." (sic) (S.)

Do mesmo modo, quando o indivíduo acredita que pode ter controle sobre sua vida, percebe menos a intensidade da dor, mostra maiores níveis de atividade e utiliza estratégias de enfrentamento mais adaptativas, o que reflete em um maior nível de adaptação. Aquele que se vê indefeso ante a impossibilidade de controlar sua dor, ao contrário, apresenta aumento da frequência e da intensidade dos episódios dolorosos.[42] O paciente precisa ressignificar sua função, reaprender novos afazeres e maneiras de lidar com as dificuldades cotidianas impostas pela limitação da dor para que possa restabelecer uma adequada qualidade de vida.

O trabalho com grupo terapêutico proporciona um contato estreito com mulheres adoecidas cronicamente, com seus sofrimentos, suas histórias de vida, medos, dificuldades, inseguranças, com a riqueza que a análise das suas falas pode trazer para a compreensão dos dados quantitativos, que dizem muito a respeito da frequência, mas não exprimem o verdadeiro significado e desafio do cotidiano de quem padece de uma dor crônica.

Referências bibliográficas

1. ANGELOTTI, G. Tratamento da dor crônica. In: RANGÉ, B. (Ed.). Psicoterapias Cognitivo-comportamentais: um diálogo com a Psiquiatria. Porto Alegre: Artmed, 2001. p. 535-545.
2. ARAÚJO, C. F.; SHINOARA, H. Avaliação e diagnóstico em terapia cognitivo-comportamental. Interação Psicol., v. 6, p. 37-43, 2002.
3. BARDIN, L. Análises de conteúdos. Lisboa: Edições 70, 1977.
4. BARROS, T. M. Psicologia e saúde: intervenção em hospital geral. In: CAMINHA, R. et al. Psicoterapias cognitivo-comportamentais: teoria e prática: São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. p. 239-245.
5. BIELING, P.J.; McCABE, R. E.; ANTONY, M. M. Terapia cognitivo-comportamental em grupos. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 88-102.

6. BOTEGA, N. J. et al. Validação da escala hospitalar de ansiedade e depressão (HAD) em pacientes epilépticos ambulatoriais. J. Bras. Psiquiatr., v. 47, p. 285-289, 1998.
7. BRUCH, A. et al. Relação de distúrbios mentais em uma população com doenças musculoesqueléticas ou reumatológicas. Revista Dor, v. 7, p. 875-881, 2006.
8. CAILLIET, R. Dor: mecanismos e tratamento. In: CAILLIET, R. Intervenção psicológica da dor. Porto Alegre: Artmed, 1999. Capítulo 5. p. 103-112.
9. CASTRO, M. et al. Qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise avaliada através do instrumento genérico SF-36. Rev. Assoc. Med. Bras., v. 49, n. 3, p. 245-249, 2003.
10. CASTRO, Martha, M. C. et al. Comorbidade de sintomas ansiosos e depressivos em pacientes com dor crônica e o impacto sobre a qualidade de vida. Rev. Psiquiatr. Clín., v. 38, n. 4, p. 126-129. 2011.
11. CHIMELLO, J. T.; AZOUBEL, NETO D. Another side of pain. Revista Dor. v. 5, n. 4, p. 434-437, 2004.
12. CICONELLI, R. M. Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida. Medical outcomes study 36-item short-form health survey (SF-36). 1997. Tese (Doutorado). Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina, São Paulo, 1997.
13. DANTAS, R. A. S.; SAWADA, N. O.; MALERBO, M. B. Pesquisas sobre qualidade de vida: revisão da produção científica da UPESP. Rev. Latinoam. Enferm., v. 11, p. 532-538, 2003.
14. DEJOURS, C. Le travail entre corps et âme. In: CHABERT, C. J.-C. La Pulsion et le Destin. Paris: In Press. 2007.(Libres cahiers pour la Psychanalyse; 15).
15. FERREIRA, K. S. et al. Cefaleia em pacientes com dor crônica entrevistados na Unidade de Dor do Hospital Central de Maputo, Moçambique. Revista Dor. v. 13, n. 3, p. 225-228. 2012. Disponível em dx.doi. org/10.1590/S1806-00132012000300006. Acesso em 15/01/2013: ISSN 1806-0013.
16. FERREIRA, P. E. M. S. Dor crônica: avaliação e tratamento psicológico. In: ANDRADE FILHO, A. C. C. Dor: diagnóstico e tratamento. São Paulo: Roca, 2001. p. 43-52.
17. GATCHEL, R. J.; TURK, D. C. Psychological approaches to pain management: a practitioner´s handbook. New York: Guilford, 1996.
18. HUSKISSON, E. C. Measurement of pain. The Lancet, v. 2, p. 1127-1131, 1974.
19. KNOOP, H. et al. Is cognitive behavior therapy for chronic fatigue syndrome also effective for pain symptoms? Behav. Res. Ther., v. 45, p. 2034-2043, 2007.
20. KOLECK, M. et al. Psychosocial factors and coping strategies as predictors of chronic evolution and quality of life in patients with low back pain: a prospective study. Eur. J. Pain, v. 10, p. 1-11, 2006.
21. MOORE, J. E et al. Randomized trial of a cognitive-behavioral program for enhancing back pain self-care in a primary care setting. Pain, v. 88, p. 145-153, 2000.
22. MORLEY, S.; ECCLESTON, C.; WILLIAMS A. Systematic review and meta-analyses of randomized controlled trials of cognitive behavior therapy and behavior therapy for chronic pain in adults excluding headache. Pain, v. 80, p. 1-13, 1999.
23. OLIVEIRA, A. S. et al. Impacto da dor na vida de portadores de disfunção temporomandibular. J. Appl. Oral Sci., v. 11, p. 138-143, 2003.
24. OLIVEIRA, R. M. et al. Análise comparativa da capacidade funcional entre mulheres com fibromialgia e lombalgia. Revista Dor, v. 14, n. 1, p. 39-43, 2013.
25. PIMENTA, C. A. M. et al. Dor e cuidados paliativos: enfermagem, medicina e psicologia. Barueri: Manole, 2006.
26. RANGÉ, B.; SOUSA C. R. Terapia cognitiva. In: CORDIOLI, A.V. Psicoterapias: abordagens atuais. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 263-284.
27. REDONDO, J. R. et al. Long-term efficacy of therapy in patients with fibromyalgia: a physical exercise-based program and a cognitive-behavioral approach. Arthritis Rheum., v. 51, p. 184-192, 2004.
28. RIBAMAR, J. M. A teoria moderna da dor e suas consequências práticas. Revista Prática Hospitalar, v. 6, p. 35, 2004.
29. ROBINSON, M. E.; RILEY, J. L. The role of emotion in pain. In: GATCHEL, R. J.; TURK, D. C. Psychosocial factors in pain: critical perspectives. New York: Guilford, 1999. p. 74- 87.
30. SÁ, K. N. et al. Chronic pain and gender in Salvador population, Brazil. Pain, v. 139, p. 498-506, 2008.
31. SAKATA, R. K.; ISSY, A. M. Dor: guia de medicina ambulatorial e hospitalar., Barueri: Manole, 2003. p. 243-249.
32. SARTI, C. A. Famílias enredadas. In: ACOSTA, A. R. (Org.). Família: redes, laços e políticas públicas. São Paulo: IEE/PUC, 2003.
33. SILVA, F. U.; ALCANTARA, M. A.; BARROSO, O. L. Crenças em relação às condições crônicas de saúde: uma revisão crítica de instrumentos adaptados para a língua portuguesa. Fisioterapia em Movimento, v. 23, n. 4, p. 651-662, 2010.
34. SMITH, D. W. et al. Effects of integrating therapeutic touch into a cognitive behavioral pain treatment program. Journal of Holistic Nursing, v. 20, p. 367-387, 2007.
35. SOUSA, F. A. E. F.; SILVA, J. A. Avaliação e mensuração da dor em contextos clínicos e de pesquisa. Revista Dor, v. 5, p. 408-429, 2004.
36. THORN, B.; KUHAJDA, M. Group cognitive therapy for chronic pain. Journal of Clinical Psychology, v. 1, p. 1355-1568, 2006.
37. TURNER, J. A.; MANCL, L.; AARON, L, A. Short-and-long term efficacy of brief cognitive behavioral therapy for patients with chronic temporomandibular disorder pain: a randomized controlled trial. Pain, v. 121, p. 181-194, 2006.
38. VADIVELU, N.; SINATRA, R. Recent advances in elucidating pain mechanisms. Current Opinion in Anaesthesiology, v. 18, p. 540-547, 2005.
39. WALSH, F.; MCGOLDRICK, M. Morte na família: sobrevivendo às perdas. Porto Alegre: Artmed, 1998.
40. WHITE, J. R.; FREEMAN, A. S. Terapia cognitivo-comportamental em grupo para populações específicas. São Paulo: Roca, 2003.
41. WILLIAMS, D. A. Improving physical functional status in patients with fibromyalgia: a brief cognitive behavioral intervention. The Journal of Rheumatology, v. 29, p. 1280-1286, 2002.
42. WINTEROWD, C.; BECK, A. T. D. Cognitive therapy with chronic pain patients. New York: Springer, 2003.

16

Grupos Operativos no Enfrentamento da Síndrome de Fibromialgia

Andréa G. Portnoi

A síndrome de fibromialgia

A síndrome de fibromialgia (SFM) se caracteriza por dores musculoesqueléticas generalizadas, rigidez articular e dor à palpação em locais anatômicos conhecidos como pontos dolorosos,[1] além de outros sintomas como transtornos do sono, fadiga e sofrimento psíquico.[2] Embora sua incidência independa de sexo, idade e nível socioeconômico e cultural, ela tende a ocorrer principalmente em mulheres (89%) entre os 20 e 60 anos de idade.[3]

Apesar dos inúmeros estudos e pesquisas que vêm sendo realizados, a etiologia e a fisiopatologia da SFM não estão determinadas, o que torna tanto os tratamentos farmacológicos quanto os não farmacológicos essencialmente paliativos. Como as hipóteses psicogênicas também não estão confirmadas,[4,5] a maioria das intervenções psicológicas se propõe a melhorar o funcionamento do indivíduo e auxiliá-lo na adaptação à sua condição.

Enfrentamento da dor na síndrome de fibromialgia

Pessoas com SFM vivem em esforço contínuo de adaptação. Adaptação à sensação desagradável, aos sintomas inusitados e variáveis, às diversas limitações físicas, à desestruturação da vida cotidiana e da vida social, à paralização dos planos de futuro.

Adaptação é um conceito amplo que abrange rotinas, pensamentos e comportamentos automáticos, além do processo de enfrentamento propriamente dito. Segundo Lazarus e Folkman,[6] enfrentamento envolve "todos os esforços cognitivos e comportamentais que mudam constantemente, para lidar com exigências (...) avaliadas como sobrecarregando ou excedendo os recursos do indivíduo" e tem duas funções principais: o planejamento de ações para mudar ou controlar a situação estressora atuando sobre o ambiente ou sobre si mesmo, denominado enfrentamento centrado no problema; e a tentativa de reduzir a perturbação ou o desconforto associado à situação estressora, chamado de enfrentamento centrado na emoção.

Em geral, o enfrentamento centrado na emoção tem maior possibilidade de ocorrer quando a situação é avaliada como não sendo passível de mudança, e o enfrentamento centrado no problema, tem maior probabilidade de ocorrer quando a situação é avaliada como passível de mudança. A continuidade da dor e de outros sintomas na SFM costuma ser avaliada como não passível de mudança e implica, geralmente, maior utilização de estratégias centradas no controle das emoções.[7]

A função do enfrentamento é administrar as relações entre o indivíduo e seu ambiente para aperfeiçoar o processo de adaptação e a sobrevivência do organismo; para isso, recorre a diversos recursos conhecidos como estratégias de enfrentamento. É necessário fazer uma distinção entre estratégias de enfrentamento e comportamentos adaptativos: estratégias de enfrentamento exigem "esforços cognitivos e comportamentais", enquanto comportamentos adaptativos são muitas vezes automáticos, por exemplo, deitar-se, evitar movimentos, proteger a área de dor, entre outros.

Estratégias de enfrentamento da dor foram especialmente estudadas por Rosenstiel e Keefe[8] que criaram o *Coping Strategies Questionnaire* (CSQ), que avalia sete estratégias básicas:

- Distração da atenção, quando as pessoas procuram pensar em coisas diferentes para não pensar na dor
- Reinterpretação das sensações dolorosas, quando procuram imaginar que a dor é outra sensação ou que se encontra fora do seu corpo
- Autoafirmações de enfrentamento, quando dizem para si mesmas que podem controlar e superar a dor para que não perturbe suas atividades
- Ignorar as sensações dolorosas, quando tentam não pensar na dor fingindo que ela não existe ou que realmente não está doendo
- Rezar/esperar, que inclui a prática de orações e imaginar a vida sem dor alimentando expectativas de novos tratamentos
- Catastrofização, quando se dedicam a pensamentos essencialmente negativos de que a dor é insuportável e de que não é possível conviver com ela
- Aumento das atividades comportamentais, quando procuram se envolver, de maneira consciente, na execução de tarefas ou aproximar-se de outras pessoas para não pensar na dor.

O CSQ foi traduzido e adaptado culturalmente para a população brasileira, sobretudo para esta pesquisa, e passou a ser chamado de Questionário de Estratégias de Enfrentamento da Dor (QEED).[7] Resultados de pesquisas posteriores revelaram que os brasileiros tendem a utilizar com mais frequência as estratégias de rezar e esperar, autoafirmações de enfrentamento e distração da atenção, nesta ordem.[9]

Grupos operativos no enfrentamento da dor

A dor, apesar de experiência privada, geralmente ocorre dentro de um contexto social, e é por isso que as psicoterapias grupais são especialmente adequadas para pessoas com dor crônica.

Para os pacientes, tratamentos em grupo oferecem a oportunidade de convivência com outras pessoas em situação semelhante e possibilitam a criação de referenciais que poderão atenuar sentimentos de isolamento e alienação. Para o terapeuta, possibilita atuar diretamente sobre eventos que ocorrem no contexto social do grupo e compartilhar temas relacionados com a evolução clínica e a prevenção de dependência terapêutica. Por fim, para as instituições, o tratamento em grupo representa um recurso econômico, pois possibilitam que um maior número de pessoas possa ser atendido pelo mesmo profissional ao mesmo tempo.[10,11]

A técnica de grupos operativos, também chamados de grupos centrados na tarefa, foi criada em 1945, por Enrique Pichon-Rivière, um psiquiatra argentino que iniciou seu trabalho em um hospital de Buenos Aires.

Diferente de outras abordagens psicológicas centradas exclusivamente nos indivíduos, os grupos operativos centram-se na execução de uma tarefa.[12] Essa tarefa dos grupos tem aspectos explícitos ou observáveis, que variam com a proposição de cada grupo, e aspectos implícitos ou subjacentes, que se referem, essencialmente, à necessidade de adaptação ativa à realidade. A dimensão explícita da tarefa traz à tona situações, assuntos, sensações e sentimentos que, quando compartilhados, se constituem nos chamados emergentes grupais. A dimensão implícita da tarefa envolve a necessidade de mudanças e, consequentemente, a resistência a estas mudanças, o que mobiliza dois medos básicos, que Pichon-Rivière considerou universais: o medo da perda de conteúdos já existentes e o medo do ataque diante de situações novas e desconhecidas.[13]

Do interjogo entre os aspectos explícitos e implícitos da tarefa, surge uma série de dificuldades, obstáculos e lacunas, cuja elaboração integra a tarefa ao mesmo tempo que vai estruturando e instrumentalizando os participantes dos grupos, que, para tal, contam com o auxílio de pelo menos dois terapeutas com papéis diferenciados: o coordenador e o observador. A principal função do coordenador é auxiliar o grupo a tornar explícitos os conteúdos que estão implícitos, e a do observador é anotar todas as falas e comportamentos não verbais do grupo, para possibilitar a realização de reflexões sobre o processo grupal e eventuais reajustes nas técnicas de coordenação.

Como a realização da tarefa é o interesse central dos grupos operativos, sua estrutura pode variar de acordo com a tarefa proposta, o que os torna adaptáveis e extremamente adequados a situações institucionais (empresas, escolas, hospitais etc.), permitindo incluir, entre outras possibilidades, o ensino de conteúdos práticos e/ou teóricos e o uso de diferentes recursos dinâmicos durante sua realização.

A pesquisa

Sabendo das dificuldades dos indivíduos com SFM e da versatilidade da técnica de grupos operativos, resta saber se tais grupos poderiam ser um bom recurso para auxiliar pessoas com SFM no enfrentamento da sensação dolorosa e no enfrentamento e adaptação à vida com dor.

Para responder a estas questões, foi realizado um estudo prospectivo no Centro de Dor da Divisão de Clínica Neurológica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Foram selecionadas 23 mulheres com idades entre 25 e 57 anos, com dor há pelo menos 6 meses e escolaridade mínima de quarta série do ensino fundamental. O diagnóstico de SFM foi realizado por meio dos critérios do American College of Rheumatology,[1] e a medicação se constituiu de antidepressivos tricíclicos em baixas dosagens e analgésicos, mantidos constantes ao longo da pesquisa. A seleção das 23 participantes incluiu, além dos protocolos de atendimento médico, a assinatura do *termo de consentimento pós-informação*; o preenchimento de um instrumento denominado *ficha de identificação* para obter informações sobre as características demográficas; e do inventário de Classificação de Classes Socioeconômicas no Brasil desenvolvido pela Associação Brasileira de Anunciantes e pela Associação Brasileira de Institutos de Pesquisa de Mercado.

Depois de selecionadas, as 23 participantes foram divididas de maneira sequencial em dois grupos: grupo-controle (GC) com 11 participantes e grupo operativo (GO) com 12. As participantes do GO foram, por sua vez, novamente divididas para compor dois grupos operativos com seis componentes cada.

Para saber "se" os grupos operativos poderiam ter efeito sobre a dor das participantes, foi organizada uma bateria de questionários que contemplasse componentes sensóriodiscriminativos, afetivo-motivacionais e cognitivo-avaliativos da dor.[14] Esta bateria foi preenchida pelas próprias participantes e incluiu:

- *Componentes sensório-discriminativos*: a intensidade da dor foi avaliada pela escala visual analógica (EVA) de intensidade da dor,[15] e as qualidades da dor foram avaliadas pelo Questionário de Dor McGill[16,17]
- *Componentes afetivo-motivacionais*: a ansiedade foi avaliada pelo Inventário de Ansiedade Traço-Estado,[18] e a depressão pelo Inventário de Depressão de Beck (BDI)[19,20]
- *Componentes cognitivo-avaliativos*: o enfrentamento da dor foi avaliado pelo QEED,[7,8] e as crenças sobre as fontes de controle da dor pelo Inventário de *locus* de Controle.[21,22]

Para saber "como" os grupos operativos poderiam ajudar pessoas com SFM na adaptação e enfrentamento de sua condição, foram avaliados os emergentes grupais por meio das anotações do observador. As integrantes do GO participaram de oito sessões de grupo operativo, com duração de 90 min, realizadas 1 vez/semana. Cada grupo foi composto por seis participantes, um coordenador e um observador. Estabeleceu-se como tarefa explícita dos grupos discutir diferentes maneiras e estratégias para enfrentar ou lidar com a dor no dia a dia e, como tarefa implícita, a adaptação ativa à realidade com dor crônica. Na semana seguinte à última sessão de cada grupo, foi aplicado o primeiro pós-teste e, a partir daí, cada grupo só voltou a reunir-se nas datas fixadas para a realização dos demais pós-testes. As integrantes do GC compareceram ao ambulatório apenas nas datas fixadas para a realização da testagem (Quadro 16.1).

Quadro 16.1 Organização das testagens dos grupos operativos e do grupo-controle.

	Grupos operativos	Grupo-controle
1ª semana	Aplicação da bateria	Aplicação da bateria
2ª a 8ª semanas	8 sessões de grupo operativo	-
9ª semana	Aplicação da bateria	Aplicação da bateria
10ª e 11ª semanas	-	-
12ª semana	Aplicação da bateria	Aplicação da bateria
13ª a 15ª semanas	-	-
16ª semana	Aplicação da bateria	Aplicação da bateria

Grupos operativos no enfrentamento da dor na síndrome de fibromialgia

Para saber se os grupos operativos tiveram algum efeito sobre a sensação dolorosa das participantes, os resultados da bateria de avaliação da dor aplicada em quatro momentos distintos foram comparados dentro do próprio grupo (comparação intragrupal) e entre o GO e o GC (comparação intergrupal). De modo geral, estas comparações não revelaram diferenças estatisticamente significantes, com algumas exceções.

Para a comparação intergrupal das variáveis demográficas, foram utilizados o teste *t* de Student e as provas U de Mann-Withney e a Exata de Fisher. Para a comparação intergrupal das variáveis experimentais, foi utilizada a prova U de Mann-Withney e, para a intragrupal, a prova de Friedman. O nível de significância adotado foi de 5%.

Quando o GO e o GC foram comparados, constatou-se que os índices quantitativos dos descritores sensitivos da dor (Questionário de Dor McGill) do GO eram mais altos do que o do GC, além de estatisticamente significantes. É importante lembrar que as integrantes do GO passaram 8 semanas refletindo de várias maneiras sobre sua dor, o que não

aconteceu com o GC. Segundo Burckhardt et al.,[23] para descrever a dor da síndrome de fibromialgia, são necessárias mais palavras do que as disponíveis no Questionário de Dor McGill, portanto, é possível que a dor da SFM tenha muitas características, ou que seja uma dor com características "indescritíveis", uma vez que as palavras conhecidas e disponíveis talvez não tenham sido suficientes para descrevê-la.

Quando o pré e pós-testes do GO foram comparados entre si, observou-se um aumento significante no estado de ansiedade, porém não no traço de ansiedade. Isso significa que as alterações no estado de ansiedade do GO foram suficientes para representar uma mudança interna efetiva no grupo, mas que não foram suficientes, a curto prazo, para refletir mudanças consistentes entre os dois grupos. O estado e o traço de ansiedade são dimensões que se relacionam.[18] O aumento do estado de ansiedade do GO não decorreu de um aumento no traço de ansiedade, portanto, é provável que tenha resultado da intervenção psicológica, em que as alterações intragrupais indicam que projetos e estratégias, cuja elaboração e execução se iniciaram durante as sessões, continuaram a ser utilizados após seu término, e que, a médio e a longo prazo, talvez esse fato venha a se evidenciar o suficiente para discriminar GO do GC de maneira mais consistente. Pesquisas de laboratório têm revelado que doentes com fibromialgia são hipervigilantes e mais sensíveis a estímulos inócuos para outros indivíduos, e que essa sensibilidade tende a ser generalizada e resistente aos mecanismos moduladores induzidos pela própria dor. Embora esses estudos tenham utilizado estímulos externos e objetivos (calor, frio, eletricidade, ruído etc.), seria possível questionar se o mesmo efeito não poderia ser obtido com uso de estímulos internos e subjetivos, como os mobilizados por uma intervenção psicológica. Se a dor do fibromiálgico pode ser induzida tanto por estímulos objetivos como por estímulos subjetivos, uma das possíveis contribuições que as intervenções psicológicas podem oferecer a estes doentes é a elaboração e controle destes estímulos subjetivos como um dos recursos úteis no alívio da dor e do sofrimento.

Quando o pré e pós-testes do GC foram comparados entre si, observou-se uma redução significante na utilização das estratégias distração da atenção, autoafirmações de enfrentamento e rezar/esperar. Isto significa que as alterações na frequência de utilização das estratégias de enfrentamento do GC foram suficientes para refletir uma mudança interna no grupo, mas insuficientes para representar, a curto prazo, mudanças efetivas entre os dois grupos. De acordo com Lazarus e Folkman,[6] as estratégias de enfrentamento podem ser centradas no controle do problema ou centradas no controle das emoções relacionadas com o problema. Um dos objetivos do QEED é obter uma medida que possa prever o grau de adaptação à dor crônica; inicialmente, poderia ser esperado que refletisse as mudanças que deveriam ocorrer no GO, no entanto, foi o GC que as apresentou. É provável que o GO não tenha apresentado diferenças nas estratégias de enfrentamento porque o próprio processo terapêutico dedicou-se ao desenvolvimento de estratégias de enfrentamento da vida cotidiana com dor crônica, e não apenas à sensação dolorosa tal como mensurada pelo QEED.

A análise dos resultados dos questionários possibilitou também caracterizar o conjunto das participantes. Verificou-se, por exemplo, que, ao longo do tempo, a intensidade da dor manteve-se alta porém variável, entre 6,8 e 8,5 pontos da EVA. O número de descritores utilizados para descrever a dor também foi grande e também se manteve assim ao longo do tempo. Os sintomas de depressão se mantiveram entre leves e moderados, indicando que ambos os grupos apresentavam sintomas leves no pré-teste que se tornaram moderados nos pós-testes, provavelmente em razão das expectativas relacionadas com a participação na pesquisa. As estratégias de enfrentamento mais utilizadas por GO foram rezar/esperar, catastrofização e autoafirmações de enfrentamento, enquanto GC utilizou mais rezar/esperar, autoafirmações de enfrentamento e distração da atenção. Quanto às crenças sobre a fonte de controle da dor, constatou-se que as participantes do GC tinham mais crenças em si mesmas, no acaso e em pessoas e entidades como fonte de controle dos acontecimentos, o que pode decorrer de diferenças demográficas entre os grupos. Constatou-se também que GC tinha maior orientação interna do que GO, e ambos os grupos tendiam mais à externalidade. Isso é compatível com os resultados de pesquisas em que, comparados a outros indivíduos com dor crônica, fibromiálgicos tendem a apresentar maior orientação externa e pouca percepção de controle sobre seus sintomas.[24,25]

Grupos operativos no enfrentamento da vida com dor

Os registros realizados pelos observadores ao longo das 16 sessões de grupo operativo foram a fonte da análise dos emergentes grupais, isto é, dos temas discutidos espontaneamente pelas integrantes do GO. Embora reduzidas em número, as sessões grupais foram extremamente ricas e dinâmicas e, mesmo que cada grupo tenha se desenvolvido de maneira distinta, alguns emergentes foram comuns a ambos os grupos.

Emergentes grupais mais elaborados

Durante a primeira sessão, participantes de ambos os grupos exibiram comportamentos semelhantes aos das consultas médicas, listando e descrevendo de maneira individualizada seus sintomas. O comportamento de compartilhar informações com os outros membros do grupo teve início apenas a partir da segunda sessão. A seguir, são listados e brevemente discutidos os principais temas emergentes compartilhados pelos grupos:

A aceitação da doença. A demora para obter o diagnóstico e a falta de efetividade dos tratamentos transformaram horários antes reservados para outras atividades, em horários ocupados por consultas, exames, terapias etc.: "*a minha semana não é mais minha, tenho exames e preciso fazer uma agenda...*" (sic) (V.F.). A continuidade dos sintomas aumentou a preocupação com a saúde física, modificando ou paralisando projetos de vida, de médio e longo prazo: "*a sensação que eu tenho com a fibromialgia é que a vida é muito restrita, que a duração da gente não vai ser muito*

grande" (sic) (G.T.). Em síntese, a SFM produziu uma série de mudanças que interferiram e modificaram a organização do cotidiano das doentes. A aceitação da doença resultou, ao longo das sessões, em esforços tanto de aceitação como de negação da condição. Estes esforços modificaram as perspectivas de compreensão da doença: as preocupações generalizadas com as diversas limitações e restrições impostas pela SFM foram sendo progressivamente substituídas pelo interesse em explorar todas as alternativas de ação que a doença, todavia, possibilitava de acordo com as situações e os momentos.

A compreensão da doença. A SFM foi percebida como ambígua, com sintomas variáveis e difíceis de prever e controlar: "*Cada dia a gente tá de um jeito"* (sic) (T.S.); "*Fico insegura, não sei se vou prá frente ou prá trás*..." (sic) (I.D.). No decorrer dos encontros, entretanto, as participantes foram aos poucos se dando conta de que a SFM era uma doença "especial" e, com isso, iniciaram a modificação do estereótipo geral do que é uma doença, o que fundamentou alguns projetos orientados para diferentes estratégias de enfrentamento muito personalizadas.

A relação mente-corpo. A inter-relação entre fatores físicos e emocionais e sua influência sobre os sintomas da SFM foi discutida de maneira muito fragmentada nas sessões iniciais: em algumas ocasiões, as participantes constatavam que os sintomas da doença aumentavam seu "nervosismo" e, em outros momentos, que o "nervosismo" piorava seus sintomas: "*Por que parece que, quando acontece algo de diferente, vem a dor?*" (sic) (S.U.); "*Olha, toda vez que eu fazia faxina era aquela alegria... mas depois, ficava na cama com dor. E hoje fico com dor também só de pensar que não está do meu jeito*" (sic) (T.S.). Ao longo das discussões, estas duas percepções começaram a se integrar, e a progressiva elaboração destes conteúdos, associados às mudanças na compreensão da doença, possibilitou considerar a SFM sob um novo prisma, que levou a delinear projetos individuais e executar pequenas estratégias baseadas na possibilidade de evitar situações que exacerbassem os fatores emocionais e, com isso, os sintomas.

O descrédito social. A falta de credibilidade social posicionava as participantes como pessoas pouco confiáveis, inseguras e mesmo insanas: "*Minha filha perguntou: – Em qual médico você vai? – eu falei – Na psicóloga.; aí ela falou: – Tá vendo? Seu problema é da cabeça.*" (sic) (N.T.); "*Minha mãe falou: – Não sei o que você veio fazer no hospital... é tudo mentira o que você tem! É frescura!... isso machuca.*" (sic) (G.M.). Se, por um lado, expor sentimentos de menos valia e inferioridade tinha sido uma tarefa penosa, por outro lado, passou a mobilizar, ao longo das sessões, uma série de estratégias de proteção da autoimagem. Esta elaboração inicial dos problemas de credibilidade social possibilitou às participantes desenvolverem condições suficientes para pôr em prática alguns projetos voltados para o aumento da autonomia e diversas estratégias de enfrentamento que visavam melhorar e aumentar os cuidados pessoais.

A relação com os profissionais. Ao longo das sessões, e paralelamente à elaboração de outros temas, a figura estereotipada dos profissionais de saúde foi sofrendo alterações: começaram a ocorrer mudanças nas expectativas existentes com relação ao papel desses profissionais e dos tratamentos propostos, o que auxiliou as participantes a começarem a considerar seu próprio papel com relação à doença. À medida que os profissionais ficavam menos idealizados, passaram a ser considerados não apenas como 'aqueles' que podem tratar e curar, mas também 'aqueles' que podem ensinar. Com isso, alguns fragmentos de informações veiculadas em consultas começaram a ser lembrados e compartilhados: "*o médico ressalta a deficiência e a capacidade, sabe que o problema é a serotonina, no cérebro*..." (sic) (D.H.), e os membros dos grupos passaram a compará-los e uni-los aos seus próprios pensamentos e experiências individuais, criando como que "um corpo de conhecimentos" único e personalizado.

A relação com os tratamentos. A cada novo tratamento, as doentes costumavam renovar suas expectativas de cura e de retorno à 'normalidade' que, quando não concretizadas, resultavam muitas vezes em decepção, frustração e desesperança. A medicação antidepressiva, em especial, foi avaliada como muito ameaçadora, porque as participantes a associavam à depressão e à loucura: "*...é mesmo, se você diz que toma antidepressivo, precisava estar internada*..." (sic) (D.H.); "*Em um hospício!*" (sic) (S.U.); "*...É eu também me preocupo com isso, porque, para ficar igual aos outros, preciso tomar estes remédios*…" (sic) (D.H.). Ao longo das sessões, o tema propiciou a troca de experiências e o confronto destas distorções cognitivas com o efeito real da medicação e de outros tratamentos, o que resultou na compreensão de que "remédio não cura, mas ajuda". Isto possibilitou que os grupos discutissem outros tratamentos complementares também capazes de "ajudar": massagens feitas por familiares, banhos quentes, banhos de ervas, bolsas térmicas, aparelhos de massagem etc.

A incapacidade funcional. As limitações impostas pela doença se estendiam a todo o ambiente social das doentes: elas não eram mais aquelas pessoas que trabalhavam com regularidade, desempenhavam adequadamente seus papéis, tinham planos estabelecidos e podiam participar, sem restrições, de situações familiares e recreativas. Ao longo das sessões, foram questionados os limites das expectativas pessoais, o que possibilitou às integrantes dos grupos constatar que muitos de seus sentimentos de culpa e menos valia resultavam de suas tentativas de alcançar os padrões de desempenho socialmente esperados ou pessoalmente almejados: "*A gente tem vontade de fazer as coisas e não pode*" (sic) (I.D.); "*Não consigo deixar de fazer as coisas, vem a culpa*" (sic) (N.B.). Elas passaram a refletir sobre as relações entre a incapacidade funcional e os sintomas da doença, e concluíram que seria necessária uma avaliação contínua da dor e da fadiga, para que pudessem decidir o quê e quanto poderiam realizar, de acordo com a situação. Usar a própria doença como "termômetro de capacidade", e não de "incapacidade", representou uma importante mudança de perspectiva, que

tornou possível delinear projetos envolvendo desde novas escolhas profissionais a modificações no contexto familiar, e a criação de uma série de estratégias de enfrentamento voltadas para compartilhar e delegar tarefas, quando necessário.

A figura materna. A figura da mãe foi uma das mais citadas pelos grupos. O conteúdo das discussões sobre o tema incluiu, além de outras figuras femininas familiares, considerações sobre a educação recebida e a preparação para a vida de mulher, mãe e esposa. As discussões sobre a figura materna fizeram emergir uma série de valores culturais, nos quais a identidade feminina brasileira, todavia, se encontra enraizada: "*eu vejo minha mãe, com aquela idade, e faz de tudo...*" (sic) (T.S.); "*Minha mãe cobra que eu tenho que fazer tudo pelos filhos, e os meus filhos reclamam para ela... fala que a gente precisa disfarçar (a dor) senão a gente perde o homem*" (sic) (D.H.). Parte destes valores começou a ser reavaliada pelos grupos, resultando em estratégias voltadas para a alteração de comportamentos padronizados. Na configuração do papel materno, a valorização do desempenho impecável de tarefas domésticas começou a ser substituída pela valorização da compreensão e do suporte emocional oferecido pelas mães.

Os filhos. As discussões sobre o relacionamento das doentes com seus filhos centraram-se em sentimentos de culpa pela dificuldade no desempenho do papel materno, tal como idealizado ou socialmente esperado. As doentes se sentiam como "meia-mães" e atribuíam todos os problemas que ocorriam com seus filhos ao "abandono" e incapacidade maternas devidas à dor: "... *com dor, a gente fica irritada e não ouve, e os filhos falam e trazem dificuldades...*" (sic) (I.D.); "*Eu estou mudando, (quando tenho dor) fico deitada no sofá... meu filho pede comida e eu falo pra ele esquentar. Teve até murro na parede desta vez...*" (sic) (D.H.). Para as participantes, amor e temor se somaram na elaboração de uma figura materna limitada pela doença, mas que ainda era mãe, e auxiliaram na produção de projetos de ação individualizados e estratégias bastante objetivas e de aplicação prática imediata.

Ao longo das sessões, o processo de aprendizagem se desenvolveu por meio das trocas e da elaboração de experiências pessoais, da veiculação de informações adquiridas via consultas médicas e da comparação destes conhecimentos com dados de realidade. Constatou-se, durante o processo, que a maioria das doentes tinha uma série de informações sobre a doença, o que não significava, necessariamente, que as aceitassem ou fizessem uso delas.

Emergentes grupais menos elaborados

Nem todos os temas abordados espontaneamente pelos grupos foram objeto de discussões e reflexões aprofundadas. É possível que a elaboração destes emergentes pudesse ser beneficiada por um número maior de sessões, entretanto, considerar o papel destes temas dentro do processo terapêutico é essencial, não apenas para realizar ajustes na aplicação da técnica propriamente dita, mas também para realizar reflexões clínicas preliminares que possibilitarão aumentar o conhecimento sobre alguns dos processos psíquicos destas doentes.

O companheiro e outras figuras masculinas. Este tema foi muito pouco discutido pelas doentes, possivelmente porque apenas 5 das 12 participantes viviam com um companheiro. Nem os companheiros nem as outras figuras masculinas que fizeram ou fazem parte do cotidiano das doentes foram objeto de discussão pelos grupos ao longo do processo terapêutico, emergindo apenas em meio a frases soltas, emitidas no contexto de outros temas, em que as imagens veiculadas eram vagamente autoritárias, jocosas, tolerantes, céticas etc.: "… *domingo, meu marido pediu para eu cortar uma melancia; de que forma? Eu já não fazia isso bem e agora... parece até que esqueceu!*" (sic) (V.F.); "*Meu marido diz que quando eu não sentir dor é que ele vai me levar para o hospital*" (sic) (I.D.).

A sexualidade. Também um dos temas pouco discutidos, a sexualidade das participantes surgiu nos grupos muito mais associada à incapacidade funcional do que à afetividade: "*Às vezes atrapalha, devido à cãibra, mas isso contradiz o que dizem de a gente ser mal amada*" (sic) (D.H.); "*...às vezes dói muito devido à necessidade de tensão a fibromialgia pode acabar com o relacionamento*" (sic) (V.F.). Cada um dos grupos abordou o tema apenas uma vez e de maneira muito rápida e superficial, o que pode ter ocorrido por diferentes motivos: o primeiro deles diz respeito ao fato de que poucas participantes pareciam ter vida sexual ativa; o segundo se refere a fatores culturais, que poderiam ter induzido as doentes a tratarem do tema de maneira reservada; por fim, é possível que o número reduzido de sessões não tenha possibilitado a formação de um vínculo grupal de magnitude suficiente para que tal assunto pudesse ser abordado com mais profundidade.

A ansiedade. Embora tenha sido elaborada de maneira implícita, ao longo do processo terapêutico, a ansiedade foi também abordada pelas participantes por meio das percepções de seus sintomas e dos relatos de episódios em que estes foram percebidos: "… *minha respiração está curta, dói o peito para respirar, sinto ansiedade. Até quando vou sentir isso?*" (sic) (V.F.). A ansiedade das participantes ("nervosismo") que, nas sessões iniciais, era percebida pelos sintomas, foi aos poucos sendo relacionada com as demandas e expectativas sociais: "*Todo mundo exige que a gente relaxe, que temos que controlar a nossa ansiedade...*" (sic) (V.F.). Com a continuidade das discussões, os sintomas de ansiedade passaram a ser também associados à prática comum de "sofrer por antecipação". O "sofrer por antecipação" é uma dimensão mais acessível da ansiedade, cuja compreensão possibilitou às participantes criarem projetos voltados para o controle ativo das emoções baseados em estratégias de modificação desta prática, em que a percepção dos sintomas de ansiedade passou a servir como "termômetro" do sofrimento antecipado. As estratégias iniciais derivadas deste novo recurso envolveram a evitação de situações estressantes desnecessárias e a prevenção e controle das necessárias.

A depressão. Também um dos temas pouco discutidos pelas participantes, a depressão surgiu nos grupos por meio da percepção de alguns de seus sintomas: "Eu *sei que, às vezes, eu não tenho vontade de levantar. É... não é dor. Porque eu não posso ficar deitada com dor e eu sempre tenho vontade de levantar*" (sic) (V.F.); "*sinto às vezes esta vontade de desaparecer e chegar ao fundo do túnel... isso acontece muito, não ter vontade de enfrentar as coisas*..." (sic) (S.U.). Ambos os grupos tentaram discutir a depressão a partir da sua associação com as sensações de falta de energia, falta de ânimo, cansaço, exaustão e com os pensamentos de evitação e fuga. Entretanto, assim que se emitiam as primeiras falas sobre o assunto, os demais membros dos grupos se apressavam a negá-lo ou reinterpretá-lo como pertencente a outras temáticas. A depressão emergiu bastante associada à perda de controle, loucura e morte, e foi tão temida pelas doentes que adquiriu proporções míticas. Eventos extremamente ameaçadores exigem esforços intensos e contínuos de evitação ou prevenção, o que é bastante consistente com as sensações de falta de energia e exaustão física e psíquica referidas pelas participantes.

O medo da loucura. Este tema, presente ao longo de todo o processo terapêutico, foi pouco discutido pelos grupos. O medo da loucura expresso pelas participantes era baseado, entre outras coisas, nas constatações cotidianas da variabilidade e cronicidade dos sintomas da SFM, que se assemelhavam a um "enlouquecer do corpo", e das alterações afetivas percebidas, que lembravam um "enlouquecer da mente", em que o descrédito e a dificuldade de inserção sociais tinham um papel confirmatório: "*Eu já ouvi que a dor era coisa da minha cabeça*..." (sic) (N.T.); "*Tenho muito medo de estar deteriorando (psiquicamente)*..." (sic) (S.U.); "*Será que estou louca?*" (sic) (D.H.). O medo da loucura por parte das doentes estava associado a expectativas de perda de controle, de dependência de terceiros, de aniquilação da identidade e representava, na verdade, o medo da morte psíquica, especialmente exacerbado pela presença de psicólogos e pela participação no processo terapêutico. Este medo esteve presente, de modo implícito, em todas as sessões, e nas raras e breves ocasiões em que emergiu de maneira explícita, apresentou-se em proporções tão exacerbadas que, tal como aconteceu com a depressão, os grupos se apressavam a evitar sua discussão.

Ao longo das sessões, as participantes preferiram temas relacionados com figura e papéis femininos, maternidade e relação com seus filhos aos vinculados a figuras e papéis masculinos e sexualidade. Uma análise dos processos terapêuticos possibilitou considerar que, dentro do contexto destes grupos, esta escolha pareceu atender à necessidade das integrantes de resgatar aspectos de sua identidade acometida pela doença e pela continuidade da dor. As fibromiálgicas, em seu cotidiano, tendem a perseguir a imagem do que acreditam que eram antes da doença: saudáveis de corpo e mente. Prisioneiras de seu passado perdido e fugindo de um futuro ameaçador, a identidade de mulheres com SFM sofre profundas perdas, transformações e tentativas frágeis de reparação, e esse sofrimento, por vezes, transcende o da sensação dolorosa.

Os grupos operativos revelaram-se como um instrumento promissor e de grande valor no auxílio a estas mulheres, uma vez que, para realizar a tarefa de discutir maneiras e estratégias de enfrentamento da SFM no cotidiano, precisaram trazer à tona, discutir, refletir e propor alternativas e soluções para temas essenciais do dia a dia. De maneira sutil e paralela, a tarefa implícita também foi se realizando: à medida que a vida cotidiana era discutida, percebida por diferentes prismas e foco de ações para modificá-la, as participantes foram se apropriando de sua realidade e de sua condição, não apenas para adaptar-se à cronicidade da dor, mas sim para inserir-se ativamente no processo dinâmico que é a continuidade da própria vida.

Referências bibliográficas

1. WOLFE, F. et al. The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia: report of the Multicenter Criteria Committee. Arthritis Rheum., v. 33, p. 160-172, 1990.
2. WILKE, W. New developments in the diagnosis of fibromyalgia syndrome: Say goodbye to tender points? Clev. Clin. J. Med., v. 76, n. 6, p. 345-352, 2009.
3. WOLFE, F. et al. The prevalence and characteristics of fibromyalgia in the general population. Arthritis Rheum., n. 38, p. 19-28, 1995.
4. CLARK, S. et al. Clinical characteristics of fibrositis: a blinded, controlled study using standard psychological tests. Arthritis Rheum., v. 28, n. 2, p. 132-137, 1985.
5. RACHLIN, E. S. Fibromyalgia syndrome and myofascial pain syndrome: clinic features, laboratory tests, diagnosis, and pathophysiologic mechanisms. In: RACHLIN, E. S. Myofascial pain and fibromyalgia. St. Louis: Mosby, 1993. p. 3-29.
6. LAZARUS, R.; FOLKMAN, S. Stress, appraisal, and coping. New York: Springer, 1984.
7. PORTNOI, A. G. Dor, stress e coping: grupos operativos em doentes com síndrome de fibromialgia. São Paulo, 1999. 256p. Tese (Doutorado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.
8. ROSENSTIEL, A.; KEEFE, F. J. The use of coping strategies in chronic low back pain patients: relationship to patient characteristics and current adjustment. Pain, n. 17, p. 33-44, 1983.
9. PORTNOI, A. G. et al. Transcultural adaptation of the "Coping Strategies Questionnaire" to Brazil: a methodology. In: International Association for the Study of Pain (IASP) Abstracts – 11th World Congress on Pain, Sydney, Australia, 2005, p. 470.
10. GENTRY, W. D.; OWENS, D. Pain groups. In: HOLZMAN, A. D.; TURK, D. C. Pain management: a handbook of psychological treatment approaches. New York: Pergamon, 1986. p. 100-112.
11. ANDERSON, F. J.; WINKLER, A. E. An integrated model of group psychotherapy for patients with fibromyalgia. Int. J. Group Psychotherapy, v. 57, n. 4, p. 451-474, 2007.
12. PICHON-RIVIÈRE, E. Historia de la técnica de los grupos operativos. In: PRIMERA ESCUELA PRIVADA DE PSICOLOGÍA SOCIAL. Temas de Psicología Social. Buenos Aires, Ediciones 5, n. 6, p. 21-33, 1984.
13. PICHON-RIVIÈRE, E. Estrutura de uma escola destinada à formação de psicólogos sociais. In: PICHON-RIVIÈRE, E O processo grupal. São Paulo: Martins Fontes, 1983.
14. MELZACK, R.; TORGERSON, W. S. On the language of pain. Anesthesiology, v. 34, p. 50-59, 1971.

15. JENSEN, M. P.; KAROLY, P. Self-report scales and procedures for assessing pain in adults. In: TURK, D. C.; MELZACK, R. Handbook of pain assessment. 3. ed. New York: Guilford Press, 1992. p. 135- 151.
16. MELZACK, R.; KATZ, J. The McGill Pain Questionnaire: appraisal and current status. In: TURK, D. C.; MELZACK, R. Handbook of pain assessment. 3. ed. New York: Guilford Press, 1992. p. 152-168.
17. PIMENTA, C. A. M.; TEIXEIRA, M. J. Questionário de dor McGill: proposta de adaptação para a língua portuguesa. Rev. Esc. Enferm. USP, v. 30, n. 3, p. 473-483, 1996.
18. SPIELBERGER, C. D. et al. Inventário de Ansiedade Traço-Estado. [State-Trait Anxiety Inventory – STAI]. Trad. Ângela M. B. Biaggio e Luiz Natalício. Rio de Janeiro: CEPA, 1979.
19. BECK, A. T.; STEER, R. A. Beck Depression Inventory. San Antonio: Harcourt Brace, 1978.
20. CUNHA, J. A. Manual da Versão em Português das Escalas Beck. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.
21. LEVENSON, H. Multidimensional locus of control in psychiatric patients. J. Consult. Clin. Psychol. v. 41, p. 397-404, 1973.
22. COLETA, J. A. D. Escala multidimensional de locus de Controle de Levenson. Arq. Bras. Psicol., v. 39, p. 79-97, 1987.
23. BURCKHARDT, C. S. et al. A comparison of pain perceptions in women with fibromyalgia and rheumatoid arthritis: relationship to depression and pain extent. Arthritis Care Res., v. 5, n. 4, p. 216-222, 1992.
24. PASTOR, M. A. et al. Patients beliefs about their lack of pain control in primary fibromyalgia syndrome. Br. J. Rheumatol., v. 32, n. 6, p. 484-489, 1993.
25. GUSTAFSSON, M.; GASTON-JOHANSSON, F. Pain intensity and health locus of control: a comparison of patients with fibromyalgia syndrome and rheumatoid arthritis. Patient Educ. Couns., v. 29, n. 2, p. 179-188, 1996.

17

Biofeedback no Tratamento da Migrânea

Dirce Maria Navas Perissinotti

Estudos de avaliação dos tratamentos comportamentais, como relaxamento, *biofeedback* e terapia cognitiva para migrânea recorrente, sugerem que tais medidas não farmacológicas contribuem para a redução do estresse afetivo mesmo em indivíduos que mostram falhas no desempenho geral, no momento da atividade da migrânea, por melhorar a resposta de estresse afetivo relacionada com a angústia antecipatória da dor.[1] Portanto, no processo de reabilitação do migranoso ou do doente com dor crônica, o importante é o acompanhamento associado de tratamento farmacoterápico e psicoterápico, já que, muitas vezes, os doentes apresentariam morbidade psicológica associada a outros transtornos, como depressão e estados de ansiedade.

Estudo com método de *biofeedback*

Realizou-se estudo com o intuito de contribuir para a ampliação do uso de métodos não farmacológicos no país que auxiliem no controle da dor e melhorem a qualidade de vida dos doentes, por meio de modelo científico, disponibilizando-se a oportunidade de elaboração de critérios próprios mais adequados à população brasileira, consideradas suas características.

A pesquisa derivou-se de estudos e aplicação prática de diferentes métodos e busca, pelo menos em parte, articular diferentes dimensões da vida psíquica que apenas em teoria poderiam ser analisadas separadamente. A proposta de analisar aspectos psicológicos e fisiológicos com o método de *biofeedback* visou proporcionar aos doentes uma alternativa mais apropriada às suas dores migranosas.

Com o objetivo de elucidar critérios de análise para o uso da intervenção do *biofeedback*, o estudo foi delineado para que, por meio da sistemática aplicada, venha a ser útil a outros estudiosos no avanço de técnicas não farmacológicas.

O *biofeedback* é uma estratégia terapêutica em que ocorre aprendizagem por associação de sensações com o propósito de controlá-las, levando a um melhor enfrentamento, fornecendo novas respostas e possibilitando novos padrões, mesmo que se mantenha a ativação dos estímulos originais disfuncionais. Em migranosos, ocorreria inibição da expressão da angústia relacionada com o nível fisiológico, em virtude da persistência de estados induzidos de estresse. Pesquisas de enfrentamento da migrânea incluem tratamento por condicionamento operante, *biofeedback* e outras técnicas como tratamento psicodinâmico. Tais tratamentos apontam para a redução do reforço do comportamento doloroso e a melhora de comportamentos adaptativos para o enfrentamento das dificuldades.

O objetivo geral foi verificar a efetividade da técnica do *biofeedback* térmico como tratamento auxiliar em migranosos, por meio do *Multidimensional Pain Inventory* (MPI), antes e depois da intervenção.

A população estudada foi composta por 60 doentes (gêneros masculino e feminino), com idade variando entre 20 e 60 anos, apresentando sintomas a mais de 6 meses, em condições de locomoção e retorno às consultas, e com aceite do termo de Consentimento Pós-informado da Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa (CAPPesq) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP). O diagnóstico médico foi realizado pela equipe da Liga de Cefaleias e Algias Craniofaciais (ALC) da Clínica Neurológica do HC-FMUSP segundo seus critérios, e os doentes relataram 15 dias ou mais de crise no mês com tempo de duração dos sintomas maior do que 6 meses.

Os doentes foram selecionados randomicamente, sendo observada distribuição aleatória sequencial, em que o primeiro foi definido para participar do grupo A (experimental), o segundo para o grupo B (comparativo), e assim consecutivamente.

Os sujeitos distribuídos ao grupo A receberam o tratamento com a técnica de *biofeedback* (n = 30) como descrito a seguir. Ao grupo B foram encaminhados doentes (n = 30) que não se submeteram à técnica de *biofeedback*, mantendo-se o esquema terapêutico padrão para a condição médica.

O grupo B seguiu o tratamento clínico padrão estabelecido pela ALC submetendose à sessão de avaliação psicológica com os mesmos instrumentos e, ao final de 10 semanas, foi reaplicado o MPI.[2]

Tanto o grupo experimental (A) como o grupo comparativo (B) prosseguiram, após a pesquisa, o tratamento médico padrão estabelecido pela ALC. O processo de *biofeedback* objetivou levar o doente a modificar o nível periférico de temperatura e, auxiliado pelas instruções do psicólogo, o desenrolar da técnica, controle das crises cefalálgicas por meio do controle térmico. A indicativa de progressiva aprendizagem e consequente aumento do fluxo sanguíneo regional foi o objeto do treinamento.

Instrumentos e procedimento

Foram utilizados os seguintes instrumentos na pesquisa:

- Entrevista psicológica semidirigida para doentes com dor, por meio de protocolo próprio[3]
- *Primary Care Evaluation of Mental Disorders* (PRIME-MD)[4] completo, incluindo o questionário do paciente (QP) e o guia clínico de avaliação (GCA)
- Questionário da Associação Brasileira dos Institutos de Pesquisa de Mercado (ABIPEME)
- *Multidimensional Pain Inventory* (MPI)[2]
- ProComp, instrumento eletrônico que, acoplado ao programa BioGraph 2.1, viabiliza o treinamento comportamental.

O procedimento foi composto por triagem e direcionamento para grupo experimental, treinamento por *biofeedback* e 10 sessões que objetivaram o treino de dimensão de sensibilização discriminativa. Para o grupo comparativo, foi adotado tratamento médico preventivo com medicação profilática padrão para crise de migrânea.

Resultados

Os resultados evidenciaram que o *biofeedback* alterou o comportamento da amostra experimental estudada, ocorrendo melhora geral da adaptabilidade quando foram feitos os cálculos pela análise paramétrica. Na análise pelo teste qui-quadrado para variáveis qualitativas, houve resultados significantes para a amostra experimental quanto aos sinais e sintomas psicopatológicos, qualidade das queixas e qualidade da saúde autorreferida. Houve diminuição da escala de intensidade de dor com *biofeedback* de 5 (83,3%) no pré-tratamento para 3,15 (52,5%) no pós-tratamento. Mostraram-se sem anormalidades mentais 20 doentes (60%) da amostra experimental. Transtornos de ansiedade foram encontrados em 11 doentes (36,6%) e transtorno depressivo em 9 doentes (33,3%). Para 18 doentes (60%) da amostra experimental, o *biofeedback* melhorou as condições psicológicas, e para 14 doentes (46,6%), a melhora estaria associada exclusivamente ao relacionamento interpessoal, conjugal, afetivo e psicocomportamental. Quatro deles (13,3%) primariamente reconheceram melhora no enfrentamento das condições psicofisiológicas, além dos aspectos psicológicos associados.

O grupo comparativo não obteve alteração significativa na análise de variância (ANOVA), na estatística paramétrica, nas escalas de controle da vida, nas respostas negativas e nas respostas solícitas, pois a atividade do *biofeedback* interferiu no comportamento da amostra a ele submetida, proporcionando maior adaptabilidade geral.

Discussão

O comportamento das amostras foi influenciado pelas diferenças entre os gêneros, pois, desde a organização cerebral original,[5] admite-se que a sexuação cerebral em períodos críticos do desenvolvimento fetal seria sensível a amplo espectro de esteroides, muitos dos quais não são sintetizados no corpo do feto. O que se preconiza é que a diferença entre os gêneros não deve estar reduzida à diferenciação gonadal, pois os cérebros desenvolvem-se de maneira diferente. "Cérebros sexualmente diferenciados têm propriedades fisiológicas e tendências comportamentais diferentes".[5]

Experimentalmente, as mulheres apresentam menor limiar para alguns estímulos somáticos, maior habilidade discriminativa, maior índice de dor e menor tolerância aos estímulos dolorosos que os homens. No entanto, essas diferenças estariam sujeitas a variáveis situacionais, presença de doença, ambiente experimental e nutricional.[6]

Diferenças de gênero relacionam-se à ansiedade criada pela dor evocada no cenário experimental, pois os achados seriam coerentes com observações clínicas do presente estudo, sugerindo que homens seriam mais preocupados ou ficariam mais desapontados pela dor e sua cronificação do que as mulheres.[7]

Indivíduos da casuística em discussão do gênero masculino mostraram positiva correlação entre ansiedade e intensidade e desprazer relacionada com a sensação de dor observada pelo setor experiência da dor. Os escores iniciais no pré-teste foram 5 e no pós-teste passaram para 3,5. Em doentes do gênero feminino, ocorreu menor deslocamento dos escores entre o pré e pós-teste para intensidade de dor, de 3,7 para 3,5, o que apoiaria a ideia de que homens teriam maior ansiedade relacionada com a dor.

Nos casos estudados, observou-se diminuição dos escores da escala de intensidade de dor em todas as submodalidades da amostra analisada. Contudo, é um dos parâmetros mais utilizados para averiguar a efetividade de intervenções ao longo do tempo, embora esteja sendo observado que outros parâmetros, como interferência na vida e incapacidade para manutenção de atividades laborativas e de lazer, sejam mais fidedignas às reais condições de comprometimento da qualidade de vida.

Nos doentes do estudo com ansiedade, a intensidade de dor passou de 5 para 3,5, possivelmente porque houve maior queda das escalas relacionadas com a experiência da dor e participação de outrem. Nos pacientes depressivos, a intensidade de dor passou de 4,3 para 3,3, porque ocorrera menor contato com aspectos da experiência da dor, característica dos sinais de transtorno depressivo.

Tal avaliação foi feita por meio da execução das tarefas de atenção dirigida, exigindo-se que fosse focalizado o objeto de treinamento. Possivelmente, foi o que possibilitou ativar o deslocamento do foco de atenção da dor para o treino por meio dos sinais a serem modificados. Isso resultou em redução da retroalimentação que a migrânea impunha, melhorando, ao longo do treino, a atividade discriminatória entre a dor e demais sinais corporais.[8,9]

O *biofeedback* foi técnica que auxiliou os doentes a modificarem sentimentos, pensamentos e condutas, conforme o que foi relatado quanto a impressões sobre os efeitos da intervenção, consideradas ao final do tratamento; quanto ao desfecho, uma vez que afirmaram que, ao aprenderem novas maneiras de responder e adaptaremse a sintomas migranosos, novos esquemas plásticos poderiam ter surgido, como visto pelos relatos dos doentes.

A queixa dolorosa vinculou-se à atribuição de sentido simbólico associado ao seu aparecimento ou manutenção em 23 doentes (76,6%), e, ao final do tratamento, a melhora dos sintomas de migrânea foi relacionada com a melhora de sua condição psíquica, seja no sentido relacional, interpessoal, conjugal e psicocomportamental.

Dor e incapacidade foram consideradas como constructos separados. Quando conseguiram identificar separadamente queixas físicas e psíquicas, identificando os índices de intensidade de dor, ou seja, aproximando os fatores que induziam à incapacidade e interferiam na vida, tornou-se possível que os doentes manejassem melhor suas vidas. Tais aspectos devem ser ressaltados, pois sua influência deve ocorrer muito mais por relacionar-se à dificuldade de identificar os efeitos do estresse afetivo do que por componentes do funcionamento físico propriamente dito.[2]

Ao se examinar as queixas dos migranosos, na maior parte das vezes examinase o corpo separadamente das condições mentais, pois seriam as mentes relegadas a outra posição de avaliação. “O corpo pode ser tratado de modo genérico, mas as mentes são únicas e individuais”.[10]

A tendência a dividir a atividade mental em biológica ou psicológica induz a falsas dicotomias acerca de propedêutica clínica e armada, além do diagnóstico. Reconhece-se, portanto, que, no presente estudo, as intervenções psicofisiológicas produziram efeitos psíquicos mais pelo aspecto de intercâmbio em relação à experiência que o procedimento de *biofeedback* oferece, e menos pelo fato de convencimento, pois os resultados obtidos fazem pensar que a efetividade da intervenção, segundo o protocolo utilizado, ocorreu por promover o desenvolvimento de habilidade para afetar a condição das emoções e atenção, modificando-as e possibilitando que houvesse melhor conexão e comunicação entre conteúdos conscientes e não conscientes.

Assim, é pertinente que as duas vertentes de estudo se complementem para que a compreensão do fenômeno psicológico ocorra, ou seja, a intersecção entre, pelo menos, dois campos de estudo: um que se ocupa do conhecimento do processamento das informações, codificação da memória e como a realidade externa é codificada, transformada na memória e integrada a ela conforme nos apresenta a ciência cognitiva, e outro que se ocupa da qualidade da estrutura interna produzida pelos relacionamentos desde as relações mais primitivas, constituição básica mental especialmente dos afetos e da elaboração da experiência vivida, apresentada pela psicanálise.[11]

A dor é, desse modo, um estímulo físico-psíquico claramente observado em doentes migranosos, pois ocorre evidente aumento da reatividade a estressores, o que induz a modificações de estados atencionais e poderia levar à distorção do processo de pensamento com interferência na percepção da realidade externa, apresentando a faculdade para magnificar a percepção de estados internos.

Segundo consideração psicanalítica preliminar, poder-se-ia entender que o procedimento da terapêutica via *biofeedback* proporcionaria movimento de ab-reação em que os doentes migranosos, durante o processo, libertar-se-iam dos afetos ligados às recordações encobridoras. A estratégia citada possibilitou dissolver o automatismo da persistência dos afetos, que são a expressão ou tradução subjetiva e qualitativa da quantidade de energia (afetos sem representação e representação sem afeto) que estava associada a situações de sofrimento e de dor. O acesso ao material mnêmico, que, segundo esta concepção, significa reprimido, pôde ser integrado à série associativa, possibilitando a correção e a reelaboração de situações não elaboradas, ou eventualmente nomeadas de traumáticas. Haveria, assim, influência da memória autobiográfica no processamento da dor.

O relato das queixas com sentido psicológico associado à dor estaria acompanhado de problemas de relacionamento sexual, afetivo ou conjugal em 10 doentes (33,3%), que se referiram à influência da dor em funções psíquicas ou psicológicas, como expiação, nervoso ou irritação, tensão, "sentir-se para baixo", em funções mentais como memória, atenção[12-14] e concentração, ou em atividades, como sentimento de inutilidade ou inadequação.[15]

No momento atual, observa-se forte tendência a isentar o fator humano das considerações dos procedimentos, seja do manejo dos tratamentos, seja das pesquisas clínicas, pois entrariam em jogo as relações interpessoais que interfeririam de modo nefasto, alega-se, na precisão das variáveis intervenientes e determinação da efetividade dos tratamentos.

Da perspectiva da concepção científica, haveria a necessidade de eliminar, o quanto possível, variáveis que não são passíveis de controle. No entanto, quando se trabalha com o manejo de terapêutica psíquica, é muito pouco provável, talvez impossível, que se elimine o fator humano da relação terapêutica. Assim, no presente trabalho, considera-se que o fator operador humano da máquina de *biofeedback* deve ter contribuído sobremaneira para que a efetividade fosse obtida.

Além disso, buscaram-se os resultados da análise dos valores qualitativos a par dos valores quantitativos, incluindo as modificações das manifestações psicológicas ao longo das sessões.

As entrevistas desde a fase inicial, psicodiagnóstica, previram, além da aplicação mecânica da técnica, as medidas do benefício da intervenção a doentes migranosos crônicos, considerada a melhora da qualidade de vida e aceitação a quem foi oferecida. Porquanto, fatores do desenvolvimento da relação terapêutica estavam presentes na formação do profissional que manejou a técnica de *biofeedback*, pois exige consistentes conhecimentos em psicofisiologia e desenvolvimento do *rapport*, ou, segundo a concepção psicanalítica, transferência, o que não significa que a sistemática estabelecida não foi obedecida.

Desde o início, a técnica de *biofeedback* foi desenvolvida por psicólogos por tratar-se de processo que visa tornar conscientes funções corporais normalmente não conscientes, por meio de seu monitoramento. Assim, o monitoramento também diz respeito ao monitoramento relacional, ou seja, de aspectos psicodinâmicos envolvidos no processamento da dor e crises migranosas e relato dos doentes apresentados em suas narrativas.

O movimento de caráter intencional que se realizou, aliando-se o relaxamento à mudança de temperatura, promoveu o aparecimento de estados mentais que deixaram de ser automáticos, passando a ser autorreguladores e manejados autonomamente. O acesso à mudança da condição de automatismo para a condição de autonomia, traduzida pela autoatribuição e pelo desenvolvimento da capacidade de reconhecer a tendência a ser menos vulnerável a estruturas contingentes da conduta sistemática, possibilitou discriminar as interações reguladoras de estados internos como meio para sua própria autorregulação. A qualidade dos estados internos ou somatopsíquicos e as reações por meio da referência externa, ou referência relacional, pela presença do terapeuta, conjugou-se, além do exposto anteriormente, pelo aparelho, a intencionalidade com a manipulação voluntária da atenção sobre si e para o exterior ou outrem. Ocorreu abandono do automatismo representacional para que pudessem monitorar, detectar, avaliar, inibir ou modificar as reações sem que houvesse o impacto da repetição da dor. A autonomia diante dos sintomas dolorosos ou a tomada de consciência sobre si e seu universo de significações, em que os mecanismos de aprendizagem subjacentes foram os de detecção de contingências e de sua maximização[16,17], intervém para a reconstrução do processo de mentalização.[18,19]

O tratamento da condição médica migranosa crônica com a participação ativa do doente é uma das principais características do *biofeedback*, quando manejado por psicólogo, operador humano da técnica também por alterar a psicofisiologia por meio da relação dinâmica (e talvez até psicodinâmica) que o processo terapêutico, ou mais precisamente psicoterapêutico, exige.

A intervenção do psicólogo foi fundamental, à medida que se configurou essencialmente a mudança de comportamento, proporcionando condição relacional conveniente, em que os problemas de apreensão consciente de processos preestabelecidos, dificuldades para o desenvolvimento de novas condutas e problemas de contenção emocional foram identificados, e configuraram-se como o cerne do sucesso da efetividade do tratamento. Destarte, o psicólogo é o único profissional a capacitar-se, pois recebe formação profissional e está preparado para o psicodiagnóstico e o acompanhamento para o desenvolvimento da reabilitação psicológica.

Por meio do presente estudo confirmou-se que o processo de *biofeedback* deve ser aplicado por profissionais com qualificação adequada na área psicológica; os profissionais sem formação na área devem dedicar-se somente ao treinamento e à aplicação mecânica da técnica, lembrando-se que o afastamento do operador humano do manejo do instrumento, bem como a aproximação inadequada de operador não habilitado, levaria à consequência incalculável.

Há relatos na literatura de insucesso do método ou de que sua aplicação não objetivaria o alívio apregoado, porque, entre outras questões, pouco se tem descrito sobre as estratégias que a acompanham e por não serem observados os fundamentos básicos da mudança psicocomportamental, ou aquisição de novos esquemas mentais.

O condicionamento por reforço e extinção utilizado pelas estratégias do *biofeedback* envolveria mecanismos de interação que seriam acionados na tentativa de acesso a novas experiências e criariam ativações que contribuiriam para a formação de novos esquemas; estes, somados às existentes, tornar-se-iam, assim, apoios para novos pontos de ativação a partir de um substrato anterior.

A constrição provocada pelo efeito do estímulo doloroso teria o objetivo de diminuir o tempo de reação do processamento da informação e o conteúdo mnemônico de longo prazo deixaria de estar disponível para o acesso. O afunilamento derivado do efeito de estresse doloroso e do atendimento atencional eliciado exerceria ação sobre a recuperação de eventos da memória autobiográfica.

A percepção da dualidade dos estados afetivos induziu os doentes a reconhecerem valores que foram determinantes na mobilização do organismo na busca das condições necessárias para suportar a dor e a sobrevivência que se encontravam acomodadas homeostaticamente, na posição de migranosos. Consequentemente, supõe-se que teria ocorrido o rompimento do círculo vicioso entre dor, estresse, tensão e percepção da dor.[20]

O isolamento ou afastamento afetivo acarretou efeitos na percepção do estresse decorrentes da função do tempo de isolamento, o que levou os doentes a magnificarem os sintomas dolorosos.

Considerações finais

O *biofeedback* alterou o comportamento da amostra experimental, fornecendo maior adaptabilidade geral na análise paramétrica, por ter sido possível a ruptura do círculo vicioso entre percepção, tensão, estresse e dor, também pelo relacionamento estabelecido entre psicólogo e paciente. O psicólogo como operador do método, por ter condições de calcular aspectos psicopatológicos e psicodinâmicos, além de servir como aquele que certifica as percepções do paciente consigo mesmo e suas expressões psicofisiológicas, ou seja, como operador funcional, foi como um todo de fundamental presença no manejo do tratamento.

Futuras pesquisas devem se desenvolver com o objetivo de esclarecer a compreensão entre os mecanismos psicofisiológicos que induzem a diferentes interpretações em distintos sintomas e as subsequentes respostas psicofisiológicas quanto aos aspectos psicológicos dos migranosos e nas demais patologias dolorosas.

Referências bibliográficas

1. BLANCHARD, E. B. et al. Reduction in headache patients' medical expenses associated with biofeedback and relaxation treatments. Biofeedback. Self Regul., v. 10, p. 63-68, 1985.
2. KERNS, R. D. et al. The West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory (WHYMPI). Pain, v. 23, p. 345-356, 1985.
3. PERISSINOTTI, D. M. N. Protocolo de Avaliação Psicológica do doente com dor crônica. In: PERISSINOTTI, D. M. N. Estudo de condições psicológicas e de qualidade de vida de 50 doentes com cefaleia crônica decorrente de síndrome dolorosa miofascial cervical. Dissertação (Mestrado). São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2001.
4. ROST, W. Aplicação do PRIME-MD na assistência primária. Roche, v. 1, p. 12-18, 1999.
5. KELLY, D.; JESSELL, T. Sexo e Cérebro. In: KANDEL, E. R.; SCHWARTZ, J. H.; JESSELL, T. Fundamentos de Neurociências e do Comportamento. Rio de Janeiro: Prentice-Hall do Brasil, 1997. p. 463-473.
6. RILEY III, J. L. et al. Sex differences in the perception of noxious experimental stimuli: a meta-analysis. Pain, v. 74, p. 181-187, 1998.
7. FILLINGIM, R. B.; NESS, T. J. Sex-related hormonal influences on pain and analgesic responses. Neurosci. Biobehav. Rev., n. 24, p. 485-501, 2000.
8. BEER, J. S. et al. Controlling the integration of emotion and cognition the role of frontal cortex in distinguishing helpful from hurtful emotional information. Association for Psychological Science, v. 17, n. 5, p. 48-453, 2006.
9. CRITCHLEY, H. D. Electrodermal responses: what happens in the brain. Neuroscientist, v. 8, n. 2, p. 132-142, 2002.
10. ABDALA, J. R. Neurociencias y Psicoanálisis. Disponível em www.uces.edu.ar/publicaciones/archivos/revista_subjetividad/neurociencia.pdf. Acesso em 20/12/2005.
11. IMBASCIATI, A. Cognitive sciences and psychoanalysis: a possible convergence. J. Am. Acad. Psychoanal. Dyn. Psychiatry., v. 31, n. 4, p. 627-646, 2003.
12. APKARIAN, A. V. et al. Chronic pain patients are impaired on an emotional decision-making task. Pain, v. 108, p. 129-136, 2004.
13. BANTKICK S. J. et al. Imaging how attention modulates pain in humans using functional MRI. Brain, v. 125, p. 310-319, 2002.
14. RAIJ, T. T. et al. Brain correlates of subjective reality of physically and psychologically induced pain. PNAS, v. 102, n. 6, p. 2147-2151, 2005.
15. ANDRASIK, F. et al. Outcome measurement in behavior headache research: headache parameters and psychosocial outcomes. Headache, v. 45, p. 429- 437, 2005.
16. FONAGY, P.; TARGET, M. Attachment and reflexive function: their role in self-organization. Dev. Psychopathol., v. 9, p. 679-700, 1997.
17. GERGELY, G.; WATSON, J. The social biofeedback theory of parenteral affect-mirroring: the development of emotional self-awareness and self-control in infancy. Int. J. Psycho-Anal., v. 77, p. 1181-1212, 1996.
18. DECETY, J.; CAHMINADE, T. When the self represents the other: a new cognitive neuroscience view on psychological identification. Conscious. Cogn., v. 12, p. 577-596, 2003.
19. FONAGY P. et al. Affect regulation, mentalization and the development of the self. New York: Other, 2003. p. 103-117.
20. ROSSI, E. L. A psicobiologia da cura corpo-mente. Tradução de Ana Rita P. Moraes. 2. ed. Campinas: Livro Pleno, 2001. p. 292-293.

18

Técnicas de Relaxamento no Tratamento da Síndrome de Fibromialgia

Luiz Paulo Marques de Souza

Técnicas de relaxamento

As técnicas de relaxamento são métodos de recondicionamento psicofisiológico. Elas podem ser a terapia principal ou adjuvante de outras modalidades terapêuticas. São úteis para in duzir descontração e tranquilização, especialmente para pessoas com transtornos ou sequelas musculares, bem como outras condições com ou sem componente psicogênico. São também instrumentos auxiliares na educação e nas artes. Não substituem o tratamento medicamentoso, mas podem acompanhar a psicoterapia de apoio.[1]

Embora exista tendência de definir o relaxamento como a ausência de tensão muscular, deve-se considerar que, em seu processamento, tanto componentes psíquicos como físicos interagem entre si e de maneira integrada, mesmo quando algumas modalidades de técnicas de relaxamento priorizam ou o uso da sugestão ou ainda meios físicos, como tensão e descontração muscular. Qualquer definição de relaxamento deve, portanto, fazer referência aos estados de tranquilidade motora, ao padrão reduzido de ativação somática, aos informes verbais de descontração por parte do terapeuta e às respostas verbais ou não verbais por parte do paciente.

Dada a sua divulgação ampla em meios não profissionais, as diversas técnicas correm o risco de exposição a modificações indevidas e experimentações pouco sérias, podendo causar resultados insatisfatórios em razão de inesperadas comutações neurovegetativas ou pela manipulação irresponsável do estado hipnoide.

Ao utilizar os meios de relaxamento como instrumentos terapêuticos, o psicólogo não se transforma em um simples técnico. É necessário que tenha praticado e se submetido ao exercício proposto por várias vezes, observando, inclusive, os insucessos.[1] Deve-se considerar que nenhum desses métodos, por mais simples que possam parecer, é inócuo ou eficaz para todos os problemas. Por essa razão, é importante avaliar o paciente antes e após o trabalho.[2]

O tom de voz que o terapeuta utiliza deve modificar-se segundo o procedimento empregado. São necessárias pausas de alguns segundos entre uma frase e outra. Frases como “vou curá-lo” ou “vou fazer você se sentir melhor com esses métodos” podem induzir a impressão de que a técnica tem características fantásticas e, por isso, são completamente contraindicadas.[1,2]

O terapeuta também precisa estar atento ao ambiente físico e o mobiliário. Colchões, camas baixas ou sofás são os elementos ideais, mas o terapeuta deve estar preparado para possíveis adaptações diante da possibilidade de atendimento em locais diferentes, como parques, salas de aula, quartos hospitalares etc.

Autores concordam que há limitações metodológicas no acompanhamento por meio de relaxamento de pacientes com transtornos psiquiátricos graves, como esquizofrenia, depressão profunda, medo excessivo de perda de controle e dependência química.[3] Neste sentido, revisões de estudos que envolvem as denominadas terapias mente-corpo ("*mindbody medicine*") verificaram metodologia pobre e resultados controversos quanto a segurança e aplicabilidade das diferentes técnicas existentes.[4,5]

No tratamento do câncer, diferentes técnicas de relaxamento são indicadas para pacientes com quadro de dor decorrentes da história natural da doença, dos efeitos adversos da quimioterapia e da radioterapia, de sinais de tensão muscular, do humor deprimido ou da ansiedade que o diagnóstico e o tratamento proporcionam. Também podem ser úteis nos casos de pacientes com dificuldade para percepção corporal, queixas em relação a sono, apetite, náuseas e alterações sensoriais, como diminuição do olfato e do paladar. Sendo assim, intervenções complementares ao tratamento medicamentoso visam reduzir o sofrimento relacionado e/ou acentuado pela dor e promover a qualidade de vida nas diferentes fases do tratamento clínico usual. No entanto, são necessários mais estudos sistemáticos, preferencialmente com gruposcontrole, que reforcem e comprovem a eficácia das técnicas e identifiquem eventuais maneiras de manejo no tratamento do câncer por meio dessa terapêutica, assim como de outras doenças e quadros clínicos em que o quadro álgico se manifesta como sintoma potencialmente limitante.[6]

Psicofisiologia

Muitas publicações científicas relativas ao relaxamento para casos de dor crônica fundamentam a sua eficácia em base psicofisiológica e de psicologia cognitivocomportamental, muitas vezes, sem metodologia bem sistematizada. Os diferentes métodos de relaxamento são, segundo os trabalhos publicados, meios auxiliares para modificar os comportamentos e sintomas, o que não diminui sua importância terapêutica.

Não estão completamente justificados os mecanismos da ação envolvidos nos diversos tipos de relaxamento. Uma das hipóteses pressupõe que, se o indivíduo mantinha até então sua atenção na sensação dolorosa, ao direcionar sua consciência para um novo foco constituído pela voz do terapeuta que lhe apresenta objetos visuais reais ou imaginários, estes passam a atuar positivamente no controle da sensação dolorosa, do que resulta a analgesia. Pode ocorrer predomínio da atividade do sistema nervoso parassimpático sobre o simpático, fenômeno também relacionado com o alívio ou a inibição do fenômeno doloroso, pois o sistema nervoso parassimpático é relacionado com o relaxamento que ocorre após o indivíduo submeter-se a situações estressantes.[7] A reação de relaxamento seria resultante da atuação do hemisfério cerebral direito sobre o esquerdo, este geralmente dominante; o hemisfério direito tem parte importante na tarefa visuoespacial, perceptual, no comportamento emocional, na motivação e no esquema motor.[8]

Os efeitos obtidos durante técnicas que fazem uso da imaginação podem ser explicados pela atividade do sistema límbico, no qual os sentimentos de expectativa e esperança são registrados da mesma maneira que os sentimentos opostos lá instalados até então. As mensagens então enviadas ao hipotálamo inverteriam a supressão do sistema imunológico, para que as defesas do corpo sejam, mais uma vez mobilizadas. Em seguida, a glândula hipófise, ao receber as mensagens do hipotálamo, enviaria mensagens para todo o sistema endócrino, restabeleceria o equilíbrio emocional e também o equilíbrio do corpo.[9]

A tomografia de emissão de pósitrons (PET-*positron emission tomography*) mostra que algumas regiões do córtex cerebral são ativadas quando uma pessoa imagina ou realmente vive uma experiência, o que sugere que a criação de imagens ativa o córtex óptico; imaginar uma música desperta o córtex auditivo e invocar sensações táteis estimula o córtex sensorial. Portanto, a imaginação pode enviar mensagens de várias regiões do córtex cerebral para o sistema límbico. A partir daí, a mensagem é enviada para estruturas que controlam o sistema endócrino e o sistema nervoso neurovegetativo, fenômeno que pode modificar várias funções orgânicas, inclusive a frequência cardíaca, a transpiração e a pressão arterial.[10] O Quadro 18.1 mostra vários eventos fisiológicos comuns com a aplicação de várias técnicas utilizadas no tratamento de condições crônicas no relatório do Instituto Nacional de Saúde (NIH) Norte-americano.[11]

Quadro 18.1 Reações possíveis das técnicas de relaxamento*.

	Consumo de oxigênio	Nível respiratório	Batimento cardíaco	Ondas cerebrais	Pressão sanguínea
Técnica de Jacobson	Diminui	Diminui	Diminui	Não mensuradas	Diminui
Treino autógeno (Schultz)		Diminui	Diminui	Aumentam	Resultado não conclusivo
Zen e Yoga	Diminui	Diminui	Diminui	Aumentam	Diminui
Hipnose	Diminui	Diminui	Diminui	Não mensuradas	Resultado não conclusivo
Meditação	Diminui	Diminui	Diminui	Aumentam	Diminui

*Adaptado de Benson, H. (1996).[11]

Histórico

É antiga a utilização terapêutica de técnicas semelhantes aos relaxamentos atualmente empregados. A tradicional medicina tibetana utiliza técnicas como o *KUM-NYE* que incluem exercícios de respiração e automassagem com a finalidade de proporcionar bem-estar duradouro, meios curativos e práticas profiláticas. Também se originam no oriente técnicas como a meditação, que foi adaptada às necessidades do ocidente, o que motivou críticas de alguns estudiosos do assunto.

As ciências do comportamento demonstraram muito interesse pelo uso terapêutico da imaginação e de técnicas que dela se utilizam para atuar na cognição e mudar comportamentos. Considera-se que a origem das técnicas de visualização esteja ligada às práticas antigas de cura popular. Os xamãs e pajés são especialmente mencionados como possuidores de maior perícia nessas práticas, nas quais diagnosticar é o ato de nomear a doença, o que, por si só, é um ato mágico assim como os rituais de cura.[12]

Nas civilizações antigas, os curadores tinham por hábito recitar um mito sobre a origem da doença ou do deus curador antes de administrar um tratamento; ao visualizar o mito, iniciava-se o processo de cura. A essência do tratamento apoiava-se nos rituais que consistiam em preparativos demorados capazes de dirigir a atenção do doente para situações menos ameaçadoras. Ao participar desse processo, o doente passava a ser elemento ativo no controle de seu problema e, desse modo, obtinha o alívio pela crença de que a harmonia entre ele e o mundo divino havia sido reestabelecida. Os rituais e os símbolos servem para interpretar o significado da doença e o papel do doente em um contexto cultural. Assim, o doente torna-se emocionalmente envolvido, favorecendo estados alterados de consciência; o poder do curador é validado pelas experiências daí decorrentes, reforçando o sistema de crenças espirituais. Essa relação torna os doentes mais suscetíveis às sugestões feitas pelo curador, de modo a possibilitar a redução dos níveis de medo e ansiedade, viabilizando o relaxamento.

O uso sistematizado do relaxamento segundo os critérios modernos de pesquisa científica é recente no ocidente. Algumas das técnicas atuais de relaxamento desenvolvidos no ocidente encontram seus antecedentes históricos nos primórdios do que hoje se chama hipnose. Nesse sentido, alguns autores concordam ser difícil distinguir desse processo as técnicas como a imaginação dirigida.[13,14]

O magnetismo de Franz Anton Mesmer (1734-1815), de Viena, fazia uso de magnetos que eram aplicados sobre o corpo dos doentes para induzir estado de sono e relaxamento físico e mental, o chamado "transe magnético", do qual emergiam com crise do tipo convulsiva, mas apresentavam melhora ou tornavam-se livres de seus transtornos.[15] Posteriormente, ficaram conhecidas as práticas do padre português José Custódio de Faria, conhecido como Abade Faria (1756-1819), que acreditava que os fenômenos observados por Mesmer eram explicáveis com base na sugestão; alertou também para as reações negativas, físicas e psíquicas, que poderiam ser evocadas pelos maus operadores da técnica. Em 1842, o magnetismo passou a ser designado pelo nome de "neuro-hipnotismo" por James Braid (1795-1860), que desenvolveu a ideia de que o resultado da técnica poderia ser explicado como fenômeno neurofisiológico. Desde então, cientistas reconhecidos, como Charcot e Freud, estudaram a sua aplicação no tratamento das neuroses.[1] Atualmente, define-se como hipnose ou transe hipnótico o aumento do estado da concentração focalizada receptivo às sugestões de outro indivíduo. É condição mais próxima da vigília que do sono e caracterizado pela dominância de frequências alfa e teta no eletroencefalograma.[16] A hipnose passou a ser aceita como técnica auxiliar na área de saúde em 1952 no Reino Unido e em 1961, nos EUA. No Brasil, desde 1958, o código de ética médica prevê princípios de responsabilidade ética na prática da hipnose. Em 1964, foi atribuída aos psicólogos a faculdade de utilização da hipnose.[17]

A prática de exercícios por meio de visualização ou imaginação induzida foi popularizada por Emil Coué (1857-1926) na virada do século 20. Ele procurava deixar os doentes em posição confortável e, quando começavam a dormir, instruía-os a introduzirem em seus pensamentos ideias positivas.[18]

Em 1926, Johannes H. Schultz, na Alemanha, publicou trabalho a respeito dos efeitos da hipnose em casos de neurose de guerra. Percebeu que, durante o processo hipnótico, a pessoa referia espontaneamente sensações de peso, calor e tranquilidade. Passou então a sugerir tais estados e sensações a seus doentes para que eles próprios utilizassem a técnica de modo "autógeno", buscando assim o bem-estar físico e mental. O treinamento autógeno visa primeiramente à esfera muscular, seguindose de dilatação vascular. Na medida em que o indivíduo se concentra no estímulo monótono da voz do terapeuta, ocorre identificação com os fenômenos físicos que são observados ao longo do exercício. Por esta razão, a orientação do tratamento autógeno deve ser função de um terapeuta capacitado. Por meio de linguagem clara, o terapeuta procura apresentar repetidamente ordens e afirmações que induzem descontração muscular e calma no doente, sendo finalmente sugerida sensação de leve frescor na fronte.[1]

Por volta da mesma época, Edmund Jacobson, nos EUA, desenvolveu o chamado "relaxamento progressivo". Para ele, os indivíduos desenvolviam anormalidades à medida que os esforços desenvolvidos com o objetivo de vencer e ser bem-sucedido induziam padrões de tensão com sinais e sintomas nem sempre bem diagnosticados. Esses sintomas eram bastante comuns em trabalhadores de indústrias e se refletiam principalmente nos segmentos cervicobraquiais e peitorais e eram descritos como sensações dolorosas vagas e mal localizadas. A técnica foi denominada "progressiva" porque o indivíduo exercita e relaxa, por várias vezes, diferentes grupos musculares (braços, pernas, cabeça, tórax); à medida que é repetido, o relaxamento tende a progredir até ocorrer repouso. A partir daí, o doente observa redução das tensõesmusculares de modo consciente. Em razão do longo processo de aprendizado, a técnica foi modificada. Para evitar complicações, é fundamental avaliar o estado médico físico prévio.[1]

Na década de 1980, Stephanie Mathews e Carl Simonton utilizaram técnicas de visualização em pessoas hospitalizadas com câncer e estabeleceram modelo de compreensão da atividade das imagens mentais visando melhorar o seu estado de saúde. Durante sessões regulares, solicitavam que os pacientes praticassem relaxamento muscular simples, concentrando-se na respiração. Em seguida, os estimulavam a criar imagens mentais que pudessem descrever sua doença e tratamento. Observaram que as pessoas passavam a ativar mecanismos para se sentirem melhor e trazer emoções e problemas não verbalizados aos médicos ou outros profissionais envolvidos no tratamento. O primeiro caso relatado por Simonton et al. era de uma pessoa que visualizava células sadias atacando e vencendo células cancerosas. Os pesquisadores então passaram a encorajar outros doentes a visualizar as conquistas que lhes parecessem mais fáceis e atraentes; um torcedor de futebol, por exemplo, visualizava a doença como um time adversário. Desse modo, o Método Simonton propõe que as visualizações utilizadas estejam de acordo com as características individuais de cada paciente.[9]

Ao longo de seu desenvolvimento, a medicina tradicional da Índia e do extremo oriente sistematizou diferentes métodos para tratar doenças e, ao mesmo tempo, aliviar sintomas proporcionando bem-estar físico e mental. Atualmente, são cada vez mais populares no ocidente recursos como *Do-In, Shiatsu, Tui Na, Ti Kong* e massagem ayurvédica.

Os métodos terapêuticos desenvolvidos exclusivamente no ocidente originaram-se por volta de 1930, quando o psiquiatra Wilhelm Reich (1897-1957) desenvolveu a técnica do "relaxamento caráter-analítico". Ele postulou que uma das manifestações da neurose era a rigidez de alguns segmentos musculares ao longo do corpo, que formaria verdadeira armadura denominada "couraça muscular", onde, muitas vezes, os doentes apresentavam dores. Estimulava-se o doente, em decúbito dorsal e com roupas afrouxadas, a respirar profundamente enquanto o terapeuta tocava firmemente a região do diafragma e do tórax, afrouxando a couraça muscular. Na sequência, eram aplicadas massagens em alguns segmentos corporais, observando a modificação do ritmo respiratório.[1]

Graças aos estudos de Reich, foi possível aprimorar a prática da psicoterapia por meio de diferentes técnicas corporais. Estas podem ser efetivas mesmo quando o trabalho verbal torna-se inoperante.[1,19] No Brasil, seguindo a linha de trabalhos corporais capazes de promover relaxamento, foi desenvolvida a Calatonia® pelo médico húngaro Petho Sándor (1916-1992). A partir de trabalhos realizados com mutilados nos campos de refugiados da Europa durante o período que se seguiu à Segunda Guerra Mundial, o autor percebeu que o contato bipessoal, juntamente com a manipulação suave nas extremidades do corpo como mãos e pés, produzia descontração muscular, comutações vasomotoras e recondicionamento do ânimo dos indivíduos amputados. Radicando-se no Brasil, desenvolveu método que consiste em sequência de toques suaves e monótonos aplicados nos pés e demais extremidades do corpo dos doentes para promover estado intermediário entre vigília e sono.[20] Habitualmente, os profissionais que utilizam essa técnica em psicoterapia utilizam os referenciais de Carl Jung, técnica de relaxamento que possibilita viabilizar a produção espontânea de imagens mentais que, do ponto de vista psicológico, significa que as defesas de seu ego estão mais frouxas. Desse modo, com o auxílio da psicoterapia, é possível realizar ligação com seu momento atual, integrando à sua consciência elementos até então pouco percebidos ou desconhecidos.[21,22]

Técnicas de relaxamento e fibromialgia

Há cerca de 10 anos, foi desenvolvida uma pesquisa no Instituto de Ortopedia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IOT-HC-FMUSP) utilizando duas diferentes técnicas de relaxamento em programa que durou 8 semanas consecutivas e no qual foram analisadas possíveis melhoras induzidas ao longo do tempo.[23,24]

Os métodos foram aplicados em 60 mulheres com idades entre 30 e 65 anos e com diagnóstico de fibromialgia segundo os critérios do Colégio Americano de Reumatologia. O grupo de pacientes denominado grupo V foi submetido à técnica de visualização dirigida; já o grupo chamado grupo J foi submetido à técnica de relaxamento progressivo de Jacobson; e um terceiro grupo, classificado como grupo comparativo ou grupo C, foi tratado com medicamentos antidepressivos tricíclicos, relaxantes musculares e analgésicos. Os resultados foram avaliados antes e após o exercício proposto, segundo o Questionário de Impacto de Fibromialgia (com pontuação variando de 0 a 100 pontos, em que o escore máximo indica condição fibromiálgica mais crítica) e a Escala Visual Analógica (em que o doente assinala a intensidade da dor segundo sua percepção em uma linha com 10 cm de comprimento).

Durante a primeira sessão de relaxamento, foi fornecida fita gravada com a voz do terapeuta e a técnica apropriada para cada grupo e um "diário de relaxamento" para prática no domicílio. Os grupos de relaxamento foram avaliados 3 meses após o término do programa via questionário, de modo a verificar se os exercícios ensinados tiveram utilidade na modificação da dor e se foram praticados com alguma frequência no ambiente domiciliar.

Na primeira sessão a pontuação média do Questionário de Impacto de Fibromialgia foi 60,25 no grupo V, 62,77 no grupo J e 59,52 pontos no grupo C. Durante a última sessão, realizada 2 meses após, os resultados foram 58,60 pontos para o grupo V, 51,97 pontos para o grupo J e 51,45 pontos para o grupo C, indicando que ocorreu melhora significativa do ponto de vista estatístico.

A média das pontuações, segundo a Escala Visual Analógica, antes e após o relaxamento foi 8,11 e 5,68 pontos, respectivamente no grupo V, 7,61 e 5,71 respectivamente no grupo J. A dor antes e após o exercício apresentou valor médio de 7,58 pontos previamente ao tratamento no grupo V e 5,68 pontos depois, e 7,47 pontos antes e 5,71 pontos depois no grupo J. As avaliações subsequentes revelaram que 88,23% dos participantes do grupo J consideraram que a dor melhorava após relaxamento no domicílio, o mesmo ocorrendo em 76,47% dos casos do grupo V. O relaxamento era

utilizado pelo menos 1 vez/semana, por 41,17% dos doentes do grupo J e por 55,4% do grupo V, e a fita gravada era usada por 88,23% do grupo J e por 82,35% do grupo V.

Conclui-se que as técnicas de relaxamento foram eficazes no alívio da dor relacionada com a fibromialgia, as quais se tornaram, após o programa, um instrumento adicional de autocuidado; e que não houve superioridade de uma técnica em relação à outra, apesar de os resultados com a técnica de Jacobson terem sido quantitativa e discretamente melhores.

A melhora observada nos doentes do grupo-controle foi atribuída ao contato dos doentes com o pesquisador que manteve atenção e escuta diferenciada e ao controle das expectativas criadas pela participação na pesquisa. Após o estudo, foi oferecido a esse grupo de doentes outros tratamentos disponíveis no hospital, como acupuntura, grupos psicoeducativos e fisioterapia.

Como a pesquisa foi realizada com grupos de doentes, criou-se oportunidade para os doentes verbalizarem suas sensações, esclarecerem dúvidas e discutirem as dificuldades impostas pela dor crônica. Isto significa que é fundamental a presença de um profissional que escute de modo diferenciado essas questões e que seja habilitado a utilizar as técnicas para compartilhar melhor com outros profissionais os resultados e seus valores.

Referências bibliográficas

1. SÁNDOR, P. Técnicas de relaxamento. São Paulo: Vetor, 1982.
2. CABALLO, V. E. Manual de técnicas de terapia e modificação de comportamento. São Paulo: Santos, 1996.
3. ZENI, T. C.; ARAÚJO, R. B. O relaxamento respiratório no manejo do craving e dos sintomas de ansiedade em dependentes de crack. Rev. Psiquiatr. Rio Gd. Sul., v. 31, n. 2, p. 116-119, 2009.
4. WILLIAMS, J. W. et al. An overview of complementary and alternative medicine therapies for anxiety and depressive disorders: supplement to efficacy of complementary and alternative medicine therapies for posttraumatic stress disorder. Efficacy of complementary and alternative medicine therapies for posttraumatic stress disorder. Washington (DC): Department of Veterans Affairs, 2011.
5. HELGSON, C.; SARRIS, J. Mind-body medicine for schizophrenia and psychotic disorders. Clin. Schizophr. Relat. Psychoses, v. 21, p. 1-29, 2013.
6. GRANER, K. M. et al. Dor em oncologia: intervenções complementares e alternativas ao tratamento medicamentoso. Temas em Psicologia, v. 18, p. 345-355, 2010.
7. SIPE, W. E.; EISENDRATH, S. J. Mindfulness-based cognitive therapy: theory and practice. Can. J. Psychiatry, v. 57, p. 63-69, 2012.
8. ALLEN, M. Cognitive-affective neural plasticity following active-controlled mindfulness intervention. J Neurosci., v. 32, p. 15601-15610, 2012.
9. SIMONTON, O. C.; MATHEW-SIMONTON, S.; GREIGHTON, J. L. Com a vida de novo. São Paulo: Summus, 1987.
10. ROSSMAN, M. Imaginação guiada. In: GOLEMAN, D.; GURIN, J. (Orgs.). Equilíbrio mente-corpo. Rio de Janeiro: Campus, 1997. p. 249-256.
11. BENSON, H. The common physiological events that occur when behavioural and relaxation approaches are practiced by patients. NIH Technology Assessment Conference on Integration of Behavioural and Relaxation Approaches into the Treatment of Chronic Pain and Insomnia. JAMA, v. 276, p. 313-318, 1996.
12. SYRJALA, K. L. Relaxation techniques. In: BONICA, J. J. The management of pain. Philadelphia: Lea and Febiger, 1990. p. 1742-1750.
13. ACHTERBERG, J. A. Imaginação na cura. São Paulo: Summus, 1996.
14. LONGANE, R. D. Visualization and guided imagery for pain management. Iowa: Kendall-Hunt, 1995.
15. ROSENFELD, I. Guia de medicina alternativa. Rio de Janeiro: Bertrand-Brasil, 1999.
16. KAPLAN, K. H.; GOLDENBERG, D. L.; GALVIN-NADEAU, M. The impact of meditation- based stress reduction program on fibromyalgia. Gen Hosp Psychiatry. v. 1, p. 284-289, 1997.
17. PASSOS, M.; LABATE, I. Hipnose: considerações atuais. São Paulo: Atheneu, 1998.
18. SUTCLIFFE, J. Técnicas de relaxamento. São Paulo: Manole, 1998.
19. McNELLY, D. A. Tocar. São Paulo: Cultrix, 1994.
20. DELMANTO, S. Toques sutis. São Paulo: Summus, 1997.
21. JUNG, C. G. Fundamentos de psicologia analítica. Petrópolis: Vozes, 1991.
22. PENNA, L. O corpo sofrido e mal-amado. São Paulo: Summus, 1989.
23. SOUZA, L. P. M. A utilização de técnicas de relaxamento no acompanhamento de doentes com diagnóstico de fibromialgia. (Mestrado em Ciências da Saúde) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.
24. SOUZA, L. P. M.; QUAYLE, J. Técnicas de relaxamento para fibromialgia: estudo comparativo com as técnicas de visualização e Jacobson. Psicol. Hosp., v. 1, p. 53-67, 2003.

19

Novos Caminhos no Tratamento da Síndrome de Fibromialgia e Método Rolfing®

Paula Stall

A dor crônica generalizada, característica da síndrome de fibromialgia, relaciona-se com a história de vida de seus portadores. Há indícios de que os fibromiálgicos sejam mais sensíveis ao estresse psicológico e menos aptos a lidar com os conflitos do cotidiano. Apesar dos recentes avanços da medicina, o tratamento da dor crônica ainda não proporciona resultados totalmente satisfatórios, sobretudo quando sua natureza é neuropática ou musculoesquelética.

Saúde, dor e fibromialgia

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define saúde como "bem-estar físico, psíquico e social", e o não reconhecimento do dualismo físico e emocional pode comprometer a eficácia do tratamento proposto. Atualmente, a dor é sintoma considerado como o "quinto sinal vital". O doente com dor deve ser ouvido e o componente afetivo expresso com a dor deve ser valorizado, uma vez que pode remeter a tempos precedentes às manifestações dolorosas e indicar sua origem.[1]

A força de vida que mobiliza o indivíduo sadio a encarar sua existência de modo prazeroso, considerando a força anímica que permeia o somático e adquire poder para mudar situações desfavoráveis, não ocorre com os fibromiálgicos. A dor bloqueia sua musculatura e todas as forças contidas nela. Ao longo de suas respectivas biografias, esses pacientes relatam que a força de vontade também se foi anulando e que a relação com o mundo ficou perdida. É comum negarem o próprio corpo e não sentirem a força de superação e de transformação da dor, pois o contato consigo mesmos é feito por intermédio dela; desestruturados e sem recursos para lidarem com isso, deprimem-se, aprisionados na própria dor.

Nesse estágio, a doença crônica não tende à autocura, e sim, cada vez mais, à piora. Esses pacientes precisam de um trabalho de transformação, autoconhecimento e auto-educação que vise e estimule o desabrochar de seus potenciais internos. A fibromialgia, que já é a expressão da "alma paralisada", vem como o fim de um processo, haja vista a dificuldade em se visualizar um recomeço pela criação de novos caminhos.

Superação da dor em atitude de vida positiva

As pesquisas que originaram o presente texto foram motivadas pela convicção de que a dor pode ser superada ou transformada em atitude de vida mais positiva, quando entendida como sistema sensorial de alarme, sinal ou alerta do organismo, uma vez que conduz a atenção ao estado de desarmonia dos processos vitais ou fisiológicos e conscientiza o indivíduo de que algo nele não vai bem.

Antes de iniciar o tratamento, algumas pacientes avaliadas nestes estudos almejavam a tranquilidade e o equilíbrio; outras, a diminuição da ansiedade, a perda do medo, a recuperação da independência e das atividades diárias, a retomada das amizades. Diziam: "*Quero melhorar as dores e relaxar os nervos*" (sic, S.A., 47 anos de idade); "*Quero qualquer coisa que ajude*" (sic, M.G., 56 anos de idade); "*Quero voltar a ser feliz*" (sic, L.S., 40 anos de idade).

Nas situações crônicas de dor, a representação que o paciente faz de si mesmo fica prejudicada, uma vez que sua atenção está voltada para seu constante e infindável estado doloroso. É comum surgirem sentimentos de inferioridade, de baixa autoestima e de desinteresse pelo mundo; o padrão postural fica enfatizado e distorcido, e a estrutura psíquica, alterada. "*Quando a dor invade, tentamos nos livrar do corpo e nos desconectamos de nós mesmas*" (sic, R.M., 51 anos de idade).

As principais alterações psíquicas dos fibromiálgicos são os sintomas depressivos e ansiosos. Há mudanças nos estados de ânimo e humor, ressentimento com o passado e com a perda do corpo saudável. Consequentemente, estabelecem relação com o corpo doente, estragado e inválido, que só lhes oferece restrições, espaço para o sofrimento e para a sensação de vazio profundo, como referiram alguns pacientes.

Diante da impossibilidade de se eliminar o sofrimento da vida, o cuidado desta terapêutica consiste em acolher a dor e admitir que ela venha trazer alguma mensagem ou ensinamento, e chamar para um caminho de desenvolvimento; nesse caso, o paciente pode modificar, em liberdade, a sua atitude diante da dor e optar pelo seu fortalecimento em vez do enfraquecimento. Assim, a experiência dolorosa possibilita o despertar de sentimentos mais dignos, como coragem, perdão, amor e compaixão, e não alimenta as forças destrutivas. "*Aprendi muito, principalmente a dar valor à minha vida. Tenho um potencial que antes não via*" (sic, L.S., 40 anos de idade).

Entretanto, nem todos se conscientizam da dor emocional, o que faz essa percepção se estabelecer no seu físico, ao passo que, quando adquirem consciência desse processo e encaram a dor sem suprimi-la, podem conduzir-se à sua superação. Suprimir é impedir que o organismo manifeste seus sintomas por meio de qualquer procedimento que comprometa o equilíbrio homeostático. A supressão pode causar a recidiva dos sintomas e resultar na cronicidade de doenças.[2]

Além de a dor crônica geralmente se relacionar à história de vida de cada um, também se refere ao estresse desencadeado mesmo por eventos mínimos, porém suficientes para provocá-la e magnificar sua intensidade.[3] São frequentes os relatos de impedimento, inibição ou frustração, que podem ser sensações decorrentes de exclusão e privação física ou mental. "*Tudo cai em cima de mim e as dores só aumentam*" (sic, C.B., 41 anos de idade).

A vivência da dor dá origem a outras emoções, sentimentos e humores e, com frequência, leva a sofrimento, dificuldades e tristeza. Quando não há mais prazer a ser buscado e parece que nada mais tem valor ou importância na vida, é o momento em que o estresse, acumulado e mal manejado, pode causar dor e outros danos à saúde. Por outro lado, preservar-se e não correr os riscos que a vida impõe é um convite à patogênese,[2] o que dá chance para os sintomas aparecerem e para a doença se instalar. Querer protegerse para evitar tudo o que leva ao estresse impossibilita viver a vida plena e intensamente. Segundo o filósofo Soren Kierkegaard, "aventurar-se causa ansiedade, mas não se arriscar é perder a si mesmo... Aventurar-se, no sentido mais elevado, é tomar consciência de si".

Ansiedade e medo são emoções naturais relacionadas com a presença de uma ameaça que, quando persistente e exagerada, pode tornar-se patológica, pois altera as estratégias defensivas e os mecanismos de homeostase do organismo. Assim, o evento percebido como ameaçador ao equilíbrio e ao fluxo vital desencadeia transtorno de ansiedade, pânico ou depressão. A dor crônica, presente nos quadros fibromiálgicos, causa também sentimentos de desesperança, raiva, negação e dependência. "*Ninguém tem tempo para mim*" (sic, R.M., 51 anos de idade).

A sensação, a emoção e o pensar sobre o que se sente criam fluxo natural que deve ser livre; assim, a vida flui em um processo dinâmico. O organismo vivo, delimitado pela pele, é percebido como uma unidade. A dor alerta para alguma disfunção em sua vitalidade. Suprimir o sintoma sem fazer essa reflexão interrompe o processo natural e pode anular a sensação subjetiva de bem-estar. Por esse prisma, o sintoma é a matéria-prima que proporciona à pessoa se conscientizar de si mesma para, então, criar novas possibilidades.

O modo como o indivíduo se vê vem dos aspectos fisiológicos, psíquicos e sociais que se inter-relacionam, além das próprias sensações e gestos. Os processos emocionais dão força e direção para a construção da autoimagem e estão intimamente relacionados com a singularidade das experiências. Contudo, o estado de tensão muscular provocado pelo estresse pode bloquear ou dificultar a comunicação e a percepção de si mesmo.

O padrão postural tem traços característicos da vida inteira; a relação entre movimento e atitude psíquica é tão íntima que toda sequência de tensão e relaxamento desencadeia atitudes particulares. Quanto mais livre for a motricidade, mais eficaz será a manutenção e a adaptação das forças dos equilíbrios corporal e emocional. Pela sua expressão corporal e gestual, é possível afinar a tensão muscular, obter mais dinâmica e harmonia da estrutura humana e conduzir o indivíduo a atitudes psíquicas mais genuínas e adequadas. O equilíbrio compõe o quadro do bem-estar. O bom alinhamento postural e a flexibilidade podem facilitar o equilíbrio e a adaptação da instabilidade provocados pelos movimentos e oscilações, inclusive emocionais.

Mecanismos e elementos desencadeantes da dor

O mecanismo responsável pela dor é incerto. A dor pode desencadear espasmo muscular reflexo protetor que causa mais dor e resulta em limitação progressiva dos movimentos, rigidez e adoção de postura inadequada.[4] Fisiologicamente, o sono, quando insatisfatório, não recupera os tecidos, fenômeno que pode causar cansaço e indisposição e desencadear um círculo vicioso – a reação à dor é o enrijecimento muscular, o que tende a intensificá-la.[5]

É dessa maneira que se instalam os vícios de movimento, de postura e de atitude que conduzem à conhecida "zona de conforto" e, assim, sustentam e alimentam a própria dor. Na tentativa de se proteger da dor, é comum paralisar o movimento em vez de fazê-lo com fluência. Este pode ser um dos mecanismos responsáveis pelo mau funcionamento do organismo e pelos sintomas dolorosos, ansiosos e depressivos.

De modo geral, os doentes com depressão temem mudanças, não se movimentam e, portanto, tendem ao enrijecimento. Seus quadros podem agravar-se com fatores traumáticos, como perda de parentes próximos, acidentes, atropelamentos, fraturas, cirurgias. Algumas pacientes estudadas manifestaram a sensação de inutilidade e solidão por não terem ninguém com quem contar e pelo sentimento de descrédito na sua dor e da perda da própria identidade.

Um trauma, físico ou emocional, frequentemente desencadeia síndrome fibromiálgica, pois provoca tensões que reverberam pelo tecido conjuntivo e dificultam o movimento contínuo dos músculos que, comprimidos e imobilizados, transmitem o fluxo vital de modo inapropriado. O choque traumático ocorre quando são vivenciados acontecimentos ameaçadores que excedem a habilidade na eficácia da resposta. Os sintomas desencadeados são tanto fisiológicos quanto emocionais, deixam marcas na memória do indivíduo e condicionam sua atitude.

A "energia" presa na imobilidade pode ser transformada. Em contrapartida, o processo de transformação e de libertação acontece quando o desbloqueio muscular se associa às sensações que trazem novo olhar para a ansiedade e para a falta de esperança; quando o indivíduo adquire consciência e reavalia eventos traumáticos, pode fazer novas escolhas. Dessa maneira, a sensação de integridade física não é produto do acaso, e sim da consciência de si mesmo. No entanto, quando tendências destrutivas prevalecem, essa integridade se dispersa. O importante é que o paciente perceba algo novo em si, assim como na dor, e que conquiste a perspectiva de novos caminhos.

O movimento natural, idealmente executado de maneira suave, fácil e confortável, sem sobrecarga e com flexibilidade, auxilia a reorganização do aparelho locomotor e integra a manutenção do equilíbrio fisiológico. No entanto, a recuperação da qualidade do sono e a boa alimentação são condições essenciais para que isso ocorra naturalmente. "*Não sou mais aquela dura*" (sic, M.G., 56 anos de idade).

A terapia com o movimento pretende viabilizar a coordenação motora e facilitar a expressão dos gestos. Sua importância se dá por estimular o paciente a executar e praticar o movimento por ele mesmo, o que lhe traz a oportunidade de mudar. Segundo a reconhecida sabedoria de Lao Tsé: "saber e não fazer ainda não é saber".

Se o ser humano se expressar por atitudes decorrentes a partir de um referencial externo incoerente com seu desejo interior, pode criar um ciclo de frustração e insegurança, negação crônica da volição e perda do poder de atuação no mundo. Nesse contexto, o enfrentamento, ou seja, a maneira como se lida com as situações estressantes, enfraquece. Por outro lado, quando o gesto é um ato da vontade, a superação dos obstáculos e das restrições motoras traz sensação de alegria e liberdade. Assim, por meio do movimento, pode-se transformar o cotidiano.

O estresse é produto da má confluência entre uma pessoa e o meio em que vive. Os conflitos são fatores estressantes e influenciam os estados físico e mental, além das relações interpessoais. Em casos de dor crônica, o comportamento advém de estratégias inadequadas de enfrentamento; em outras palavras, da ineficiência do indivíduo em resolver seus conflitos. A dor, desencadeada pelo estresse acumulado, influencia os mecanismos de sua modulação e percepção e se modifica de acordo com o modo como é interpretada. Contudo, essa sensação de desconforto tem um componente emocional negativo que drena a vitalidade, e sua percepção física se torna a somatização das experiências do indivíduo. Por esse motivo, o paciente deve entender a sua dor para que possa superá-la.

Pele como caminho de acesso ao paciente

A pele é o órgão de percepção dos limites corporais e pode ser um caminho de acesso ao paciente. A dor está dentro da pele, e tocá-la é uma linguagem. A comunicação transmitida pelo toque é um poderoso modo de criar relações humanas. O toque parece legitimar a existência de quem tocou e de quem foi tocado. É antiga a crença na magia do toque de pessoas poderosas e sagradas, seja para o bem ou para o mal. A percepção de si mesmo é, em grande medida, uma questão de experiências táteis. O significado que se dá a essas experiências é fundamental para o desenvolvimento do comportamento.[6]

A sensação básica do tato como estímulo é vital para a sobrevivência física do organismo. A pele dos que foram submetidos a carências táteis fica "desligada". Um indivíduo nessas condições pode estar tão tenso no nível cutâneo que não se percebe mais e se "desconecta" de si mesmo. O tato é, ao mesmo tempo, o sentido mais periférico e o mais interior, e pode favorecer a recuperação do impulso para a interação com o mundo. A percepção tátil bem desenvolvida pode trazer segurança e despertar sentimento de confiança em si e no mundo.[6] O padrão postural mostra como o limite interno lida com o externo, nas relações humanas. Ao diminuir a suscetibilidade às influências externas, a saúde, ou vitalidade, pode fortalecer-se, enquanto a consciência de si mesmo pode levar à individualidade e à autonomia.

Um toque humano, com efeito curativo, pode intensificar as habilidades terapêuticas e a potencialidade da recuperação do doente. Ao se estabelecer "com-tato", o indivíduo percebe a própria atitude corporal, o que lhe dá a possibilidade de modificá-la. Com esta terapêutica, é possível mostrar aos fibromiálgicos outros modos de se comunicarem com eles mesmos e com os outros que não seja pela dor e que esta pode ser substituída por alívio, leveza e prazer. Assim, a dor pode ser uma oportunidade de superação e de transformação.

O trabalho corporal pode ter efeito mais profundo que o paliativo, isto é, ir além da diminuição dos sintomas, desde que o objetivo seja não suprimir esses sintomas, e sim trazer possibilidades de desenvolvimento ao paciente, aliviando-lhe a dor por meio do toque, estimulando-lhe os movimentos e conscientizando-o de que a origem e a cura da doença podem estar relacionadas com o contato com a sua percepção interior.

Prática psicossomática e fáscias

A prática psicossomática aborda o ser humano por meio de sua estrutura física; entende que esta é produto da experiência individual e que o processo de conscientização é essencial para sua organização e integração. O corpo humano tem suas partes unidas e sustentadas pelo tecido conjuntivo, e a intervenção manipulativa deve abranger todo o organismo de modo que seja possível reorganizá-lo, pois a fáscia é capaz de, ao mesmo tempo, manter sua forma e ser maleável, em consequência da sua elasticidade e plasticidade.

As fáscias têm o importante papel de fazer intermediações entre os músculos e os ossos, percorrem toda a extensão do organismo e formam a rede fascial, matriz das atividades fisiológicas. Auxiliam o deslizamento intramuscular e facilitam a harmonia e a dinâmica do movimento. Quando há restrição nas fáscias, tanto o movimento quanto a função estão comprometidos. Desse modo, qualquer deformação na rede fascial pode ser vista como desequilíbrio e pode estar associada à dor.[7]

O sistema fascial, envolvido na autorregulação e na restauração fisiológica, assim como nas ações voluntárias, reflete o equilíbrio entre atividade e repouso do organismo. Por estar intimamente envolvido com outros tecidos, tem ampla capacidade de adaptação e é esta característica que oferece ambiente propício para as constantes alterações metabólicas e para outros tecidos se restabelecerem. O toque, quando proporciona a liberação miofascial, ajusta os tecidos moles que atuam nas estruturas ósseas e articulares de modo que, quando o tônus muscular entra em equilíbrio, faz o conjunto apresentar menos resistência e recuperar sua flexibilidade.

Aprumar a estrutura humana é otimizar sua verticalidade, sua marcha e o modo como cada parte isolada se relaciona com outra e com o conjunto. Ao se considerar que a saúde decorre do alinhamento como um todo, a diminuição das limitações físicas proporciona melhora na qualidade de vida. Analogamente, Aaron Antonovsky,[8] especialista em sociologia médica, observou que algumas pessoas lidavam melhor com situações estressantes e também desenvolviam mais condições de combater doenças do que outras. Ao refletir sobre como uma pessoa lida com a inabilidade de controlar a própria vida, o autor avaliou a capacidade em se perceber e enfrentar o estresse, com enfoque na sua relação com saúde e doença. Mostrou que há ligação entre o estresse e as estratégias de enfrentamento, uma vez que entendia que saúde não é apenas ausência de doenças, mas sim a habilidade em superá-las.

Antonovsky criou a teoria de salutogênese e o senso de coerência que trouxe nova abordagem para a avaliação de doentes em condições crônicas de saúde e formulou que coerência, ou alinhamento, entre compreensão, significado e manejo também favorece a saúde. Recomendou que se considerasse a história do indivíduo, inclusive sua doença. Para ele, pensar em termos salutogênicos significava investigar o que leva à manutenção da saúde em vez do que leva ao aparecimento das doenças; significava valorizar os recursos de enfrentamento, em vez de valorizar os fatores estressores. Ele acreditava que essa coerência traz benefícios à qualidade de vida e que o desenvolvimento de muitas doenças não é causado pelo estresse em si, mas pela impossibilidade de manejá-lo. Descreveu "manejo" como a habilidade em enfrentar e solucionar episódios estressantes; a "compreensão" refere-se ao modo como o indivíduo entende tal situação e o "significado" diz respeito ao sentimento despertado.[9]

Desse modo, quando há um elevado senso de coerência, isto é, de compreensão de um evento estressor e do sintoma que o acompanha, juntamente com o significado emocional que lhe é conferido, há aumento dos recursos para lidar com tal evento e, portanto, maior possibilidade de êxito de cura; consequentemente, há o fortalecimento da saúde.

Um elevado senso de coerência pode, por exemplo, manifestar-se tanto em sentimento de confiança em si quanto em habilidade para ordenar a instabilidade da doença crônica e conduzir à melhor condição física e psicológica, além de motivação para retomar o cotidiano e minimizar o impacto da doença na qualidade de vida e nas relações sociais. Do mesmo modo, no quadro fibromiálgico, o aperfeiçoamento do senso de coerência pode ajudar a assumir outra atitude em relação à doença e aos sintomas e tornar o paciente capaz de olhar o mesmo contexto de modo diferente, com mais criatividade, em busca de novas resoluções. "*Encontrei várias respostas que buscava e, embora não tenha ainda colocado tudo em prática, não sofro mais por antecipação*" (sic, M.A., 49 anos de idade).

O senso de coerência tem sido associado a estudos de qualidade de vida,[10] ansiedade[11] e depressão[12] por ter se mostrado relevante para estabelecer estratégias de enfrentamento, o que contribui para o processo de recuperação do doente. A mudança de padrão ou de atitude torna-se possível quando se reconhece o que estabelece o círculo ou comportamento vicioso e se sabe como sair dele. Para isso, é necessário conhecer o motivo de tal mudança.[13,14] De acordo com Moraes,[15] a salutogênese pode ser vista como um caminho de entendimento e compreensão do próprio ser humano, alinhado ao significado que ele atribui aos seus sentimentos e à sua força de vontade de realização.

Esses estudos foram realizados por se acreditar que é possível alterar o próprio enfrentamento e, com isso, o modo como se lida com o estresse; por se acreditar que é possível superar a dor ao assumir outra postura em relação à doença e, assim, diminuir a intensidade da dor e os níveis de ansiedade e depressão, frequentemente apresentados pelos portadores de fibromialgia, e melhorar sua qualidade de vida física e emocional.[13,14] D.M., 56 anos de idade, relatou que: "*a dor não é mais assustadora; antes tinha medo dela, hoje não tenho mais porque sei de onde ela vem*" (sic). Desse ponto de vista, a manutenção da saúde está em fortalecer os recursos de enfrentamento e em minorar os fatores estressores.

Dar significado à dor também é uma maneira de modulá-la, uma vez que pode conduzir à nova representação e à solução de conflitos, ao considerar que o que impede o movimento, idealmente livre e natural, deve estar relacionado com a percepção, a coordenação neuromotora, o tecido miofascial e o significado emocional.

Método Rolfing®

Ida Poline Rolf criou o método Rolfing®[16] com a proposta de integrar e alinhar a estrutura física e desenvolver a percepção corporal a fim de alcançar o equilíbrio geral do indivíduo. Esse método objetiva melhorar as funções do organismo aprimorando o alinhamento de sua estrutura com o auxílio da prática manipulativa e da orientação dos movimentos. Ida Rolf acreditava que um corpo equilibrado torna o ser humano melhor.

Para Rolf, o desalinhamento postural, decorrente dos maus hábitos da postura e da movimentação, dos estresses físicos e emocionais e das sobrecargas de peso e forças, causa desconforto físico, vícios de movimentos e de expressões corporais; também compromete o funcionamento do aparelho locomotor e do sistema nervoso. Ao retomar sua harmonia natural e equilíbrio, o organismo consome menos energia para executar suas funções e adquire maneiras mais eficientes de se mover com flexibilidade e integração.

O método Rolfing® baseia-se na premissa de que alinhamento postural, bem-estar e qualidade de vida dependem da capacidade humana de adaptação ao campo da gravidade. É uma abordagem que auxilia a viver e atuar com maior eficiência de movimentos. A integração da postura refere-se à relação harmoniosa entre todas as partes e subsistemas que constituem o organismo humano, bem como sua relação com o ambiente.

O método Rolfing® mostrou efeitos positivos sobre a saúde, tanto na autopercepção quanto na integridade corporal, de acordo com Maia.[13,14] Para Maia, é importante que cada pessoa descubra sua maneira de relaxar, de enfrentar seus próprios conflitos e recuperar o equilíbrio interno, pois isso pode melhorar o enfrentamento e facilitar a resolução dos conflitos criados pela cronicidade da doença.

À medida que o sentimento flui na expressão do gesto, a força de vontade também se revela e pode promover novo entendimento de si mesmo. O método Rolfing® incentiva o movimento fluido e procura criar condições para que o indivíduo caminhe a partir de si mesmo. Dar um impulso ou iniciar um gesto pode remover algo desagradável, bem como dar um novo passo pode encorajar a mudança de hábito, de postura e de atitude.

Convém enfatizar que este não é somente um processo paliativo que pode melhorar a dor, pois, em que pese o quadro clínico não regredir totalmente, não é supressivo. Por supressão do sintoma entende-se melhorar, por exemplo, a dor sem alteração dos fatores intrínsecos e profundos que a provocam. "Se você trabalha apenas no sintoma, ele pode piorar; deve-se também trabalhar a raiz do sintoma", afirmava Rolf.

Resultados com método Rolfing®

Ao término do tratamento, as pacientes apresentaram, além da melhora dos sintomas fisiológicos, como sono, cansaço, apetite e sensação de bem-estar geral, mudanças nos sintomas emocionais, como ansiedade, tristeza, depressão e falta de confiança. Por meio do toque físico e de novas possibilidades de movimento, foram despertadas para uma nova realidade delas mesmas, o que as estimulou a conquistar melhora na qualidade de vida em direção a um novo estado de saúde.

Quando finalizaram o tratamento, as voluntárias participantes dessas pesquisas reconheceram ter aprendido a enfrentar a dor com mais coragem e passaram a acreditar que tinham força para vencê-la. "*A dor não pode fazer da nossa vida um pesadelo! Se você sabe lidar com ela, você acaba com ela*" (sic, M.N., 55 anos de idade). Demonstraram que mudar de postura não se restringe à mudança de forma, mas sim, de atitude.

Também aprenderam a detectar seu cansaço, a descansar e a respirar com fluidez; como resultado, obtiveram alívio das dores. As doentes relataram que suas posturas corporais melhoraram e suas vidas também. Aprenderam que é possível relaxar e que um movimento pode acontecer com menos sobrecarga. "*Eu nem sabia como um movimento tão simples resolve! Não é parar de fazer, é saber fazer*" (sic, M.N. 55 anos de idade), ao se conscientizar que o movimento pode ser mais organizado.

Estavam mais alinhadas e firmes, andavam com mais suavidade e sentiam o apoio do solo. Não caíam mais nem tropeçavam com facilidade, e até suas tonturas melhoraram: "*Não preciso desanimar e ficar no chão, eu posso levantar!*" (sic, expressou L.S., 40 anos de idade). O nível de ansiedade diminuiu: "*Não sou mais estressada: se der, eu faço*" (sic, M.A., 49 anos de idade). Expressavam sua própria opinião e não precisavam mais ficar tão caladas ou passivas, pois podiam falar sem se envergonhar. Sentiam-se menos reprimidas e faziam planos para o futuro, como mudar de casa, de trabalho e até mesmo de parar de fumar. Contaram que seu relacionamento com familiares e amigos havia melhorado, o que lhes favoreceu a reintegração social.

Sentindo-se menos doloridas, estavam mais tranquilas, decididas e seguras; mostravam-se mais ativas, dispostas, otimistas e bem-humoradas. Algumas acrescentaram que estavam menos gulosas e briguentas. Para R.S., 28 anos de idade, "*a dor é um sinal de alerta do meu corpo de que algo não está bom. Ele não está aceitando o que eu estou fazendo comigo*" (sic). Elas já não se cansavam com tanta facilidade e, quando as dores recorriam, eram mais superficiais. C.B., 40 anos de idade, indagou: "*Sabe um rio poluído? Eu estava assim... Agora despoluiu! E a água está limpinha*" (sic).

Estando menos deprimidas, seus problemas tornaram-se suportáveis e elas afastaram seus medos e melhoraram sua produtividade. Passaram a controlar melhor sua agressividade, seu ciúme e sua impulsividade. "*Me sinto livre... Saí da jaula! Estou tão serena que nem sinto raiva*" (sic, M.H., 49 anos de idade). Aprenderam mais a respeito de si mesmas e de seu próprio corpo, sentindo-se vitoriosas quando conseguiam dominar a dor e controlar as tensões.

Demonstravam-se mais comunicativas, interessadas e visualizavam seus conflitos de outro modo: L.R., 62 anos de idade, declarou: "*Não sou mais coitadinha; aprendi a viver bem e a acreditar na vida, aprendi a esperar. (...) Tive um encontro comigo mesma e vi que a felicidade vem de dentro. Quando a gente tem uma dor, parece que pega ela no colo e fica embalando... Eu, não!"* (sic); e ainda S.M., 39 anos de idade afirma que: "*Vi que depende de mim ser curada*" (sic). Com a consciência mais assertiva e fortalecida, essas pacientes puderam lidar melhor com o próprio corpo, o que lhes proporcionou um estado de equilíbrio mais coerente e adequado. À medida que a identidade se direcionou à vitalidade, houve aceitação de si e se olharam sem repulsa.

Considerações finais

A reverência ao próprio corpo faz a integração que possibilita ao ser humano se expressar com liberdade e sem se sentir aprisionado. A habilidade em administrar o estresse causado por mudanças súbitas ou por insatisfação crônica é crucial para a manutenção da saúde e para o desenvolvimento da qualidade de vida, que está relacionada com o processo que leva o indivíduo a gostar da própria vida e a se sentir capaz de melhorá-la. Isso proporciona à pessoa a capacidade de identificar e realizar suas aspirações, satisfazer suas necessidades e lidar bem com o ambiente.

Mesmo que os sintomas não tenham desaparecido totalmente, as pacientes do tratamento mencionado foram capazes de desenvolver novas habilidades que, provavelmente, são possibilidades iniciais de cura. É o princípio da salutogênese, da transformação e do autodesenvolvimento.[15] Então, tratar o corpo físico é essencial para a compreensão de si mesmo, caso se considere que a compreensão da postura e do significado do gesto facilita o entendimento do que está acontecendo e possibilita o processo de cura; assim, o sintoma e a atitude corporal tornam-se a chave desse processo.

Desse modo, pode-se atribuir às terapias do aparelho locomotor, do alinhamento postural e da coordenação dos movimentos, bem como à acupuntura, a perspectiva profilática para lidar também com a prevenção dos desequilíbrios físicos e psíquicos. Esses tratamentos são complementares e não substituem os convencionais, mas podem fazer parte de um amplo e novo caminho de vida para os doentes com dor.[13,14]

Referências bibliográficas

1. LIN, T. Y. et al. Work-related musculoskeletal disorders. Phys. Med. Rehabil. Clin. North Am., n. 83, p. 113-118, 1997.
2. SCHMIDT, P. A arte de interrogar e outros textos selecionados. São Paulo: Organon, 2004. p. 15-43.
3. FIGUEIRÓ, J. A. B. Aspectos psicológicos e psiquiátricos da experiência dolorosa. In: CARVALHO, M. M. (Org.). Dor: um estudo multidisciplinar. São Paulo: Summus, 1999. p. 140-158.
4. HELFENSTEIN, M. Jr. Prevalência da síndrome da fibromialgia em doentes diagnosticados como portadores de lesões por esforços repetitivos (LER). Tese (Doutorado). São Paulo: Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo, 1997.
5. BIGELOW, M. A. S. L. Fibromyalgia: simple relief through movement. New York: Wiley, 2000. p. 21-93.
6. MONTAGU, A. Tocar: o significado humano da pele. São Paulo: Summus, 1988. p. 194-218.
7. FINANDO, S.; FINANDO, D. Fascia and the mechanism of acupuncture. J. Bodywork Mov. Ther., n. 15, p. 168-176, 2011.
8. ANTONOVSKY, A. The sense of coherence. An historical and future perspective. In: MCCUBBIN, H. M. et al. (Eds.). Stress, Coping, and Health in Families Sense of Coherence and Resiliency. Califórnia: Sage, 1998. p. 3-20.
9. DANTAS, R. A. S. Adaptação cultural e validação do Questionário de Senso de Coerência de Antonovsky em uma amostra de pacientes cardíacos brasileiros. Tese (Doutorado), Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto USP, Ribeirão Preto, 2007.
10. ERIKSSON, M.; LINDSTROM, B. Antonovsky's sense of coherence scale and its relation with quality of live: a systematic review. J. Epidemiol. Comm. Health, n. 61, p. 938-944, 2007.
11. PILKINGTON, K. et al. Acupuncture for anxiety disorders – a systematic literature review. Acupuncture Med., n. 25, p. 1-10, 2007.
12. LEO, R. J.; LIGOT Jr. J. S. A. A systematic review of randomized controlled trials of acupuncture in the treatment of depression. J. Affect. Disord., n. 97, p. 13-22, 2007.
13. MAIA, P. S. C. Estudo de pacientes com síndrome fibromiálgica tratados pelo método Rolfing de integração estrutural. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.
14. MAIA, P. S. C. Avaliação de pacientes com síndrome fibromiálgica tratados pelo método Rolfing® de integração estrutural e por acupuntura. Tese (Doutorado). Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.
15. MORAES, W. A. Salutogênese e autocultivo: uma abordagem interdisciplinar – sanidade, educação e qualidade de vida. Rio de Janeiro: Instituto Gaia, 2006. p. 9-30.
16. ROLF, I. P. Rolfing® : a integração das estruturas humanas. São Paulo: Martins Fontes, 1999.