



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO E DA SAÚDE - FACES

CURSO: PSICOLOGIA

A MULHER FIBROMIÁLGICA:
SUAS DORES, SUAS DEFESAS E SEU TRATAMENTO NO ENFOQUE
GESTÁLTICO

MARIA ELIZABETH DE ABREU BARBOSA

BRASÍLIA

JUNHO/2009.

MARIA ELIZABETH DE ABREU BARBOSA

A MULHER FIBROMIÁLGICA:
SUAS DORES, SUAS DEFESAS E SEU TRATAMENTO NO ENFOQUE
GESTÁLTICO

Monografia apresentada como
requisito para conclusão do curso de
Psicologia do UniCEUB - Centro
Universitário de Brasília. Professor
Orientador: Frederico Guimarães
Ocampo Abreu

Brasília - DF, Junho de 2009



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO E DA SAÚDE - FACES

CURSO: PSICOLOGIA

Esta monografia foi aprovada pela comissão examinadora composta por:

Professor Orientador, Frederico Guimarães Ocampo Abreu

Professora Carlene Maria Dias Tenório

Professor Otávio de Abreu Leite

A menção final obtida foi:

Brasília - DF, Junho de 2009

Dedico este trabalho a Deus que é o meu Senhor e Protetor, minha Luz e Amparo.

Aos meus pais por todos os ensinamentos e exemplo de dignidade e perseverança.

Ao meu esposo e minhas filhas grandes auxiliares nesta caminhada.

AGRADECIMENTOS

Chegar ao fim desta importante etapa da minha vida tem um grande significado e, é claro que, sem a presença de muitas pessoas isto não teria sido possível. Pessoas especiais que compartilharam comigo todos os momentos nestes longos cinco anos de graduação.

Quero agradecer, antes de qualquer pessoa, a Deus que foi o meu refúgio nos momentos de tristeza, indecisão e sentimento de incapacidade. Foi n'Ele que encontrei a força necessária para não desistir.

Agradeço ao meu esposo Vicente, meu grande incentivador e companheiro. Obrigada por ter sido mãe e pai das nossas filhas nos grandes e penosos momentos que precisei estar ausente. Sem sua presença e ajuda tenho certeza de que não teria conseguido realizar esse sonho. Beijos, te amo!

Às minhas lindas e amadas filhas: Laíse e Lara, vocês que são a razão maior do meu viver. Mais do que agradecer, peço desculpas pela ausência e por tanta diversão adiada em consequência da falta de tempo. Temos que recuperar o tempo perdido. Tenham certeza de que eu as amo muito.

Ao meu pai que mesmo não estando mais presente ao meu lado aqui na terra, tenho certeza que cuida de mim de um outro lugar. Obrigada pelo exemplo de pai e de ser humano que você foi. Saudades.

À minha mãe, pelo seu exemplo de fé, força e vontade de viver. Mãe você é uma vencedora. Obrigada pelo seu exemplo de garra.

A todos os meus irmãos que, com certeza, torceram por mim e me ajudaram, cada um a seu modo. À Stella, Terezinha e Conceição que foram mães das minhas filhas nos momentos em que estive ausente. Amo todos vocês. Agradeço, também, ao meu querido

irmão e padrinho, José que deixou um vazio muito grande com sua partida tão precoce e repentina, obrigada pelo tempo que pude partilhar da sua presença. Tenho certeza do quanto você sempre torceu por mim.

A todos os meus sobrinhos, cunhados e amigos que sofreram, se inquietaram e se alegraram junto comigo durante este trajeto. Obrigada pelas orações e preocupações.

A todos os professores com os quais tive a oportunidade de conviver nestes anos, pelo conhecimento e experiência compartilhados. Como foi gratificante conhecê-los e levar comigo um pedacinho de cada um que conheci. Em especial agradeço ao professor Fred que com grande dedicação me orientou neste trabalho, obrigada Fred pelo profissionalismo, dedicação, incentivo, paciência e compreensão. Agradeço, também, de forma especial à professora Carlene pelas supervisões, orientações e incentivo, sou sua fã.

Aos amigos que conheci durante a graduação, a todos que comigo compartilharam os sofrimentos, as alegrias e, acima de tudo o aprendizado, meu muito obrigada. De forma especial agradeço às minhas filhas postizas Paty, Ludy e Aline, amigas de todos os momentos, dividimos todas as angústias e alegrias nestes cinco anos e espero que esta relação possa perdurar, transcender este período. Aline, que Deus a abençoe e recompense por toda a ajuda dispensada a mim nestes últimos dias, você é muito especial, a você e as minhas outras duas filhas tortas desejo todo o sucesso do mundo. Beijos,

A todos meu eterno obrigada.

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA -----	iii
AGRADECIMENTOS -----	iv
RESUMO -----	viii
INTRODUÇÃO -----	10
CAPÍTULO I - Síndrome da Fibromialgia -----	12
1.1 Conceito e Diagnóstico-----	12
1.2 Sintomatologia-----	15
1.3 Causas-----	18
1.4 Tratamento-----	23
CAPÍTULO II - O Impacto da Dor Crônica na Vida do Indivíduo -----	30
2.1 Dor Crônica e Qualidade de Vida-----	30
2.2 Dor Psicogênica-----	32
2.3 Singularidade da Dor e seu Aspecto Sócio-Cultural-----	34
CAPÍTULO III - Gestalt Terapia -----	38
3.1 Saúde e Doença em Gestalt Terapia-----	38
3.2 Fases do Processo Terapêutico-----	46
3.3 Características do Terapeuta em Gestalt-----	49
3.4 Técnicas em Gestalt Terapia-----	51
3.5 Relação Terapeuta-Cliente-----	56
CAPÍTULO IV - Metodologia da Pesquisa -----	61
4.1 Epistemologia Qualitativa-----	61
4.2 Materiais Utilizados-----	65

4.3 O Cenário da Pesquisa e Coleta de Dados-----	65
4.4 Sujeitos da Pesquisa-----	66
CAPÍTULO V - Análise de Dados e Discussão dos Resultados-----	68
5.1 Análise dos dados-----	68
5.1.1 Categorias-----	69
5.2 Discussão dos Resultados-----	78
CONSIDERAÇÕES FINAIS-----	84
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS-----	87
ANEXOS-----	92

RESUMO

Com o acréscimo de pessoas com diagnóstico de fibromialgia e, considerando o fato de ser uma enfermidade de causa multifatorial, onde não se pode objetivar o que a originou nem, tampouco, garantir a sua cura. Sabendo que tal enfermidade atinge, na sua grande maioria, mulheres, correspondendo a um índice de 80 a 90% e, que tal enfermidade, traz grande prejuízo à qualidade de vida das mesmas, este trabalho se desenvolveu com o objetivo de descrever e compreender o sofrimento da mulher fibromiálgica, não apenas o físico, mas, principalmente, o psíquico em decorrência do físico. Por ser uma doença invisível, existe um grande descrédito por parte das pessoas que convivem com as portadoras da mesma, o que gera, também, um sofrimento enorme. Desenvolveu-se, então, uma pesquisa qualitativa, realizada com quatro portadoras de fibromialgia com idades entre 41 e 49 anos, tendo como base para coleta de dados a entrevista semi-estruturada, com perguntas abertas que González Rey denomina de conversação espontânea. Para, desta forma, através de uma maior compreensão analisar, à luz da Gestalt uma nova forma de olhar e uma melhor forma de tratar as portadoras de tal síndrome no enfoque desta abordagem. Para isso foi apresentada, primeiramente, a fibromialgia com seus sintomas, diagnóstico, causas e tratamento, na visão médica. Em seguida, analisou-se o impacto que a dor crônica traz para a vida dos seus portadores, segundo a proposta de vários especialistas em psicologia. Posteriormente foi abordado, o que é saúde e doença para a Gestalt-Terapia, as possíveis causas de adoecimento, a relação terapeuta-cliente, bem como, o processo terapêutico e suas técnicas nessa abordagem. Diante dos dados levantados com as entrevistas prosseguiu-se a análise do conteúdo através de categorização por repetição e relevância proposta por Turato para, finalmente, discutir os resultados verificando a ocorrência, ou não, do que a Gestalt denomina de mecanismos de interrupção do contato, o que poderia ser uma causa do adoecimento para, desta forma, propor, como já foi citado, um novo olhar e/ou uma proposta de tratamento psicoterápico no enfoque gestáltico.

Palavras-chave: fibromialgia, dor crônica, Gestalt.

Este trabalho tem o objetivo de descrever e compreender o sofrimento psíquico vivenciado pela mulher com fibromialgia, ou seja, o sofrimento que existe por trás dos sintomas de uma síndrome sem causa aparente, que não tem uma perspectiva de cura e que é invisível aos olhos dos outros, porém sentida na carne de quem a possui. Este sofrimento se traduz na dor que é sentir a dor da fibromialgia. Na dor de não ser compreendida, de ser desacreditada, de se ver limitada para atividades consideradas corriqueiras para quem não a sofre. Perceber como tal síndrome limita suas portadoras, o que conseqüentemente, traz grandes prejuízos na qualidade de vida das mesmas nos âmbitos familiar, social, profissional, ou seja, em todo o seu meio relacional. Bem como analisar à luz da Gestalt Terapia, através da visão de adoecimento desta abordagem, uma forma mais adequada de ver e tratar a portadora de fibromialgia.

Ressalta-se, portanto, que este trabalho será de grande valia, no sentido de que, trata-se de uma síndrome pouco pesquisada e trabalhada em psicologia, que trazendo grande sofrimento às suas portadoras, trás também muito sofrimento a todos os que com elas convivem. É uma síndrome que é tratada mais em termos médicos, ou seja, através de medicamentos, de forma paliativa, buscando o desaparecimento dos sintomas, que, para a Gestalt-Terapia, é uma forma incorreta de se tratar, pois os sintomas existem para serem integrados e não eliminados. Portanto, faz-se necessário pensar em uma forma de ajudar a portadora de fibromialgia a perceber que precisa melhorar a qualidade de seu contato com o meio relacional, no qual está inserida, e consigo mesma, a fim de, conseguir compreender que o seu funcionamento saudável se dará apenas através de contatos plenos, que se dão na fronteira de contato da mesma com o meio externo, no qual ela tem papel primordial. Ou seja, ela precisa estar *aware* de que participa da construção da sua doença, devendo, da mesma forma, participar, também, do processo de busca da sua saúde.

Neste trabalho, é apresentada, primeiramente a visão médica, ou seja, uma visão mais

técnica da doença, para, em seguida, abordar a visão da psicologia, de uma forma geral, até a visão de saúde e doença na abordagem Gestáltica. O mesmo foi enriquecido por um trabalho de pesquisa qualitativa realizado com quatro portadoras de fibromialgia. Para isto foram feitas, com as mesmas, entrevistas semi-estruturadas, com perguntas abertas. Estas entrevistas foram gravadas e transcritas para que os dados fossem analisados posteriormente.

No primeiro capítulo a doença é explicada sob o ponto de vista médico, sendo descritos a sua incidência, que é de 5 a 8% da população mundial, em um número consideravelmente superior, nas mulheres, ou seja, 80 a 90 % dos portadores são do sexo feminino. Descreve-se, também o procedimento do diagnóstico, os sintomas, possíveis causas e as variadas formas de tratamento, que vão, desde tratamento com medicamentos alopáticos, exercícios físicos, até, terapias alternativas como, acupuntura, massagens, fisioterapia. Indicando, também, a psicoterapia como complemento no tratamento de tal síndrome, uma vez que, a mesma traz grandes prejuízos à qualidade de vida dos seus portadores.

No segundo capítulo evidencia-se o impacto que a dor crônica, como principal sintoma da fibromialgia, traz para a qualidade de vida dos que a possuem. A fibromialgia vista como uma dor psicogênica, onde sua causa pode estar em conflitos vividos pelo psiquismo e traduzidos no corpo em forma de sintomas, a fim de evitar um dano maior ao próprio psiquismo do indivíduo. E por fim a visão da dor crônica como algo singular, particular de cada um, porém como algo que é construído em relação com o meio, ou seja, a visão de que o homem é um ser constituente e que, também, se constitui em cultura.

No terceiro capítulo, a partir do enfoque dado no capítulo anterior, de que o homem é um ser em relação, aborda-se a saúde e a doença sob o enfoque da Gestalt-Terapia, que é uma abordagem totalmente focada no campo relacional indivíduo/meio, onde, tudo que possa prejudicar o contato do indivíduo, consigo mesmo e com o meio, que se dá, geralmente, por

mecanismos de interrupção de contato, pode ser um fator gerador de doença. Esta viagem segue expondo sobre o processo terapêutico em Gestalt, bem como as técnicas usadas no tratamento psicoterápico nesta abordagem. E, por fim a relação terapeuta cliente com base na relação dialógica proposta por Hycner.

No quarto capítulo é explicitada a metodologia de pesquisa, esclarecendo o uso da epistemologia qualitativa de González Rey, o método utilizado para a coleta de dados que foi a entrevista semi-estruturada, com perguntas abertas, o material utilizado, o local e a forma como os dados foram coletados, bem como, as informações sobre os sujeitos de pesquisa.

E por último, no quinto capítulo, realiza-se a análise dos dados tendo como base a categorização por repetição e relevância, conforme a proposição de Turato, relacionada ao conteúdo abordado nos três capítulos de base teórica e, em seguida, procede-se a discussão dos resultados feita com base na análise dos dados, para propor um tratamento ou uma forma diferenciada de olhar a mulher fibromiálgica dentro da abordagem gestáltica.

CAPÍTULO I

SINDROME DA FIBROMIALGIA

1.1. Conceito e Diagnóstico

A Síndrome da Fibromialgia é caracterizada, principalmente, por dores musculares generalizadas. Denomina-se síndrome porque apresenta sintomas e sinais que não são específicos de um órgão ou conjunto de órgãos de apenas um sistema do organismo. As dores já mencionadas podem ser pertencentes ao sistema musculoesquelético, os sintomas depressivos, também característicos dos fibromiálgicos, fazem parte do sistema nervoso como, também, problemas intestinais que dizem respeito ao sistema digestivo. Portanto, não é uma doença de um órgão específico ou de um sistema do organismo, mas é um conjunto de sintomas, sinais de vários órgãos e que não se define por nenhum. Não tem causa definida e, também, não é detectada por exames radiográficos ou laboratoriais, porém a característica mais evidente, a maior queixa, é a dor muscular generalizada. Os pacientes que ouvem falar pela primeira vez de fibromialgia reagem com incredulidade, não aceitam que possam ter a doença, uma vez que, a mesma não é palpável, visível, o que dificulta o tratamento, pois, os pacientes não assumem a conduta necessária para a superação das dores, passando a ser constantes sofrendores das dores musculares crônicas procurando causas em problemas na coluna, no reumatismo e em problemas diversos que, muitas vezes não se é possível comprovar a sua existência (Knoplich, 2001).

A denominação fibromialgia vem da união de três termos: do latim fibra ou tecido fibroso, o prefixo grego mio, referente aos músculos e algia que se origina do grego algos,

que quer dizer dor. Trata-se de uma síndrome de amplificação dolorosa e não-inflamatória, afeta de 2% a 5% da população, podendo estar presente em todas as classes sociais tendo como alvo principal as mulheres. Cerca de 80 a 90% dos portadores são do sexo feminino. (Goldemberg, 2007)

Esta nomenclatura, como nos escreve Knoplich (2001), só passou a ser aceita e utilizada a partir de 1990, quando o *Center of Disease Control and Prevention* (CDC), órgão oficial do governo americano responsável pelas campanhas preventivas de doenças nos Estados Unidos, reconheceu oficialmente a doença chamada fibromialgia. Na Classificação Internacional das Doenças (CID – 10), a Fibromialgia está catalogada como “reumatismo não especificado, sendo o seu número M79” (p.38). Infelizmente mesmo após o reconhecimento da doença, que ocorreu em 1990, e tendo a sua classificação na CID – 10, a fibromialgia ainda é desconhecida de muitos médicos. Este é um fato preocupante, pois o diagnóstico da fibromialgia não deve ser um privilégio apenas dos especialistas musculoesqueléticos como reumatologistas, neurologistas, ortopedistas e fisiatras, mas deve ser de conhecimento das mais variadas especialidades médicas, uma vez que, não se sabe quando serão procurados pelos pacientes fibromiálgicos que irão reclamar de algum outro sintoma que não a dor muscular e os pontos doloridos podem passar despercebidos por médicos que não estejam inteirados, familiarizados com a Fibromialgia e as pesquisas sobre a mesma.

O *Colégio Americano de Reumatologia* estipulou dois critérios para diagnosticar a Fibromialgia que são: (a) história de dor difusa pelo corpo, lembrando que a dor é considerada difusa pelo corpo, quando é sentida em todo lado direito, em todo lado esquerdo, em todo corpo acima da cintura ou em todo corpo abaixo da cintura, a pessoa deve, também, apresentar dores na coluna cervical, na parte anterior do peito, na parte posterior das costas ou

na região lombar, toda essa dor sentida por mais de três meses; (b) a presença de dor, detectada pela apalpação feita pelo médico, com os dedo indicador ou polegar, em pelo menos 11 dos 18 pontos específicos do organismo (*tender points* ou pontos dolorosos), a saber – nuca, cervical baixo, trapézio, supra-espinhoso, segunda costela, epicondilo lateral, glúteos, grande trocanter e joelhos. (Goldemberg, 2007)

Como afirma Knoplich (2001), esses critérios para diagnóstico têm tido a sua utilidade clínica comprovada, através de estudos realizados em todo o mundo e sua sensibilidade, ou seja, a capacidade de se diferenciar as pessoas que têm das que não têm, é de 88%, portanto de cada 100 pessoas 88 que apresentaram dor em pelo menos 11 dos 18 pontos têm a fibromialgia e 12 serão diagnosticadas erroneamente como fibromiálgicas. A especificidade dos critérios é de 81%, isto indica que de 100 pessoas que não apresentem pelo menos 11 dos 18 pontos doloridos, 81 realmente não são portadores da Síndrome e que 19 pessoas terão fibromialgia e não serão diagnosticadas como tal.

Faz-se importante ressaltar que os exames de imagem e sangue não ajudam a diagnosticar a fibromialgia. “As pessoas portadoras da Fibromialgia não têm dores no corpo, que apresentem uma correlação entre o exame clínico e laboratorial e as queixas do paciente” (Knoplich, 2001, p. 34). Isto leva estas pessoas a um estado de maior ansiedade e, até mesmo, de incredulidade, levando-as a querer fazer e refazer exames por acharem que as dores representem um câncer ou outra doença grave que não foi diagnosticada por incompetência do médico, mas que será evidenciada pelos exames. Nas pessoas que sentem as dores típicas, características da fibromialgia e que, também, apresentem sinais clínicos de uma outra doença que se caracterize por presença de muita dor e os exames tenham alterações, estas não serão, logicamente, diagnosticadas somente como fibromiálgicas. Segundo levantamento realizado das mais de 500 doenças conhecidas sobraram 46 que se enquadram nas condições acima, na

maioria muito complexas por um envolvimento emocional, socioeconômico e até espiritual, como artrite reumatóide, artrose, câncer, diabetes. Os médicos costumam dizer que a Fibromialgia é diagnosticada não pelo que é, mas, mais pelo que não é, o que não diminui a complexidade do diagnóstico e tratamento, ficando evidente que é uma doença que deve ser levada a sério e que não se trata de uma simulação (Knoplich, 2001). Corroborando, assim com o que escreve Goldemberg (2007):

No que diz respeito à fibromialgia a dor é física e real... Técnicas de imagem, como a tomografia por emissão de prótons (PET), detectaram um aumento na atividade de regiões cerebrais encarregadas de interpretar os estímulos dolorosos...Além disso, trabalhos que dosaram substâncias presentes no líquido (líquido que banha a medula e o cérebro) identificaram um aumento de três a quatro vezes nos níveis dos compostos encarregados de levar o estímulo de dor para o cérebro em fibromiálgicos quando comparados a indivíduos saudáveis. (p. 9;10)

1.2. Sintomatologia

Comumente ouve-se os fibromiálgicos dizerem que a carne dói. Além da dor generalizada há vários outros sintomas que acompanham o portador da fibromialgia, como: rigidez corporal e articular, com a constante impressão, sensação de que as juntas estão inchadas e doloridas, dor de cabeça frequente, sensibilidade ao frio e calor, uma sensação de cansaço constante, é como se estivessem permanentemente em um estado gripal, o corpo dói, é algo como se tivesse levado uma surra (Knoplick, 2001). “Pergunte ao fibromiálgico se está

tudo bem e ele responderá que está tudo mal. Dói o corpo todo, o dia inteiro” (Goldemberg, 2007 p.10).

A dor que se sente é principalmente nas articulações, músculos, tendões e ligamentos, por isso tem sido denominada por muitos profissionais como reumatismo não articular. Neste caso ela é também chamada de síndrome miofascial, onde, a fascia é a parte fibrosa do músculo e mio é a parte externa que separa um músculo do outro. Grande parte das pessoas que sentem estas dores passam a ter cansaços súbitos e alguns profissionais chamam essa fase de síndrome da fadiga crônica, é quando o fibromiálgico passa da dor crônica para o cansaço crônico (Knoplich, 2001).

Segundo Goldenberg (1994, citado por Chaitow, 2002), existem muitas semelhanças entre a Fibromialgia e a Síndrome da Fadiga Crônica, segundo ele “ambas são de desordens crônicas, sem causa conhecida, sem terapia altamente efetiva e com características clínicas e demográficas semelhantes.” (p.66).

Ainda em Chaitow (2002) está registrado que foi apresentado um documento de consenso sobre fibromialgia no *Second World Congress on Myofascial Pain and Fibromyalgia* em Copenhague, no ano de 1992, que aceitou a definição publicada pelo Colégio Americano de Reumatologia (ACR) como base para diagnóstico e acrescentou vários sintomas à definição como: fadiga persistente, rigidez matinal generalizada e sono que não descansa. Este documento ainda inclui como sintomas da fibromialgia a cefaléia, irritação da bexiga, dismenorréia, extrema sensibilidade ao frio, pernas inquietas, padrões indefinidos de adormecimento e formigamento, intolerância a exercícios, etc. Goldemberg (2007), ainda acrescenta como um sintoma uma menor capacidade de atingir orgasmo por parte das mulheres portadoras de fibromialgia, conforme resultados mostrados por estudo feito pela autora na Universidade Federal de São Paulo.

Na fibromialgia pode-se encontrar com frequência a ocorrência de grande dificuldade de dormir e os sintomas depressivos. As pessoas fibromiálgicas têm distúrbio do sono, sofrem insônia, e, quando conseguem dormir, acordam muitas vezes durante a noite por causa das dores ou movimentos involuntários das pernas, o que é definido como síndrome da perna inquieta. Geralmente quando acordam se definem como moídas, que é como se não tivessem dormido. Dizem que não dormem por sentirem dor ou que sentem tantas dores pelo fato de não conseguirem dormir. Outro sintoma comum é a depressão (Knoplich, 2001). Depressão esta que é definida por Goldemberg (2007) como:

uma tristeza intensa, violenta, inexplicável e falta de interesse pelas coisas que faz o mundo perder as cores. Parece que há uma nuvem cinzenta diante dos seus olhos. A depressão, por si só, pode levar a distúrbios sexuais, fadigas, insônia e dor. Convém acrescentar, porém, que metade dos pacientes não têm qualquer sinal de depressão. Isso é relevante porque houve um tempo em que a fibromialgia era entendida como uma depressão mascarada. (p.19)

Esta depressão sofrida pelos portadores de fibromialgia geralmente é leve e a informação de que terão que tomar antidepressivos faz com que reajam com irritação, se recusem a tomar a medicação pelo tempo necessário e não aceitam este rótulo de depressivos. Além dos sintomas citados acima, pode-se também listar: sentir os braços e pernas com uma sensação estranha; melancolia; pessimismo; vontade de chorar; catastrofismo; ansiedade; suores; inchaços nos olhos, mãos, pés, barriga; cólon irritável; ardor na urina; bexiga irritada; dores pélvicas; e intestino irritado; problema de concentração da atenção do que está fazendo ou lendo; não consegue aprender novos ensinamentos; falta de memória (Knoplich, 2001). Com relação a estes distúrbios cognitivos citados acima, Goldemberg (2007) afirma que 20% dos fibromiálgicos os apresentam, porém os exames não detectam nenhuma alteração nas

estruturas do cérebro encarregadas destas funções. A explicação mais provável é que possam ser conseqüências normais em pessoas que sofram de depressão, que dormem mal e que sofrem de dores intensas ou persistentes.

1.3. Causas

Chaitow (2002) afirma que uma síndrome tão ampla e com grande variedade e persistência de sintomas não tem cura ou causa única. Existem inúmeras teorias que tentam explicar os sintomas da fibromialgia e, na sua grande maioria, sem comprovação científica.

Existe uma explicação para a queixa principal, as dores musculares, que é a de causa local, ou seja, é o fato de os músculos viverem em contínuas contrações, o que ocorreria por vários motivos como: posturas anormais da coluna vertebral, frio e fatores emocionais. Segundo esta teoria, a contração muito prolongada dos músculos, enfim, a contração anormal dos músculos, causa também uma contração das artérias e veias que se localizam no interior destes mesmos músculos causando assim, uma falta de oxigenação (hipoxia), esta falta de oxigênio poderá causar a morte de células de algumas fibras dos músculos provocando uma necrose, que é justamente os nós ou nódulos formados nos músculos das pessoas fibromiálgicas, são pontos duros e doloridos ao toque. Com a tentativa de refazer esse tecido necrosado, o organismo vai estimular a produção celular, por esta ploriferação e transformação das células, ocorre no músculo tencionado uma reação parecida com uma inflamação produzindo quatro sinais clínicos, a saber: dor, rubor, calor e tumor. Nos tendões e na fascia esta produção celular irá provocar também um processo inflamatório que irá resultar em aderências. Nos tendões estas aderências os tornarão menos flexíveis causando dores ao serem movimentados, aumentando, assim, as dores da fibromialgia. Já as fascias ficam com

aderências internas, causando, assim restrições aos movimentos musculares, provocando, também, fortes dores. Portanto, quando os fibromiálgicos dizem estar sentindo rigidez de movimento pela manhã, ou nos períodos de dores mais fortes, teoricamente seria quando estão fazendo maior número de aderências causadas pela ploriferação celular. E é como um ciclo vicioso, pois a constante contração muscular vai gerar sempre esta necrose nos músculos e aderências no tendão e fascia (Knoplich, 2001).

Sem razões conhecidas as pessoas portadoras de fibromialgia têm alterações nos percursos da dor, e a consequência destas alterações seria a amplificação dolorosa. Segundo pesquisas há na medula dos fibromiálgicos três vezes mais substância P (agentes que enviam informações dolorosas) e uma grande diminuição de serotonina. Há ainda, uma queda na velocidade do transporte de triptofano (precursor da serotonina) ao cérebro, o que explica esta amplificação da dor nos fibromiálgicos, uma maior presença de agentes que enviam informações dolorosas (substância P) e uma redução dos agentes que suprimem a dor, que é a serotonina e os opióides (Goldemberg, 2007).

Knoplich (2001) afirma que a fibromialgia tem causas centrais. Segundo eles existe um ciclo da dor que se forma da seguinte maneira: primeiro o indivíduo tem uma tensão emocional que gera um distúrbio funcional, como por exemplo, uma sudorese, taquicardia. Inconscientemente a pessoa somatiza esse sintoma no músculo enrijecendo-o, o que provoca a falta de oxigênio na musculatura, gerando a dor. O hipocampo vai então liberar várias substâncias que são os neurotransmissores que, através da corrente sanguínea irão agir, ter um efeito em um outro órgão, muitas dessas substâncias estão presentes na inflamação, daí a sua influência nos músculos a partir da inflamação causada pela ploriferação celular que ocorre com o intuito de recuperar os músculos da necrose que se deu pela sua constante e anormal contração. Portanto, conforme os defensores desta teoria, o cérebro tem condições de fazer a

junção de problemas sociais e econômicos, que irão provocar nas pessoas mais sensíveis, modificações nos mecanismos de dor, nas sensações corporais, etc. o que poderá gerar grandes estímulos nos órgãos internos, provocando sintomas diversos, inclusive, o endurecimento dos músculos que gerará o ciclo da dor.

Ainda segundo Knoplich (2001):

Nos últimos 60 anos tem-se suspeitado, com razão, que os problemas emocionais (depressão, dificuldades sexuais, ansiedade, fobias, etc.) têm forte influência sobre a musculatura deixando-a tensa, que resulta numa dor. Essa dor tem um ciclo evolutivo em si própria piorando, em 40% dos casos algum sintoma que já existia antes, cólon irritável, ardor na urina, dor de cabeça, dor nas costas, no rosto, etc., acrescentando um componente emocional à própria dor e ao sintoma anterior (p. 89).

O que talvez seja a explicação mais adequada para a fibromialgia, uma vez que, a mesma não possui uma causa palpável, detectável por exames, um problema orgânico. Tem-se então a causa psicossomática, pois unindo os três fatores que são: a dor e outros sintomas indefinidos do organismo, a existência de fatores emocionais e os problemas sócio-econômicos agindo sobre a musculatura irão espasmodizá-la provocando as tão terríveis dores da fibromialgia (Knoplich, 2001).

Conforme nos diz Goldemberg (2007), A definição de dor feita pela Associação Internacional para o Estudo da Dor é a seguinte:

A dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável decorrente de lesão real ou potencial dos tecidos do organismo. Trata-se de uma manifestação basicamente subjetiva, variando sua apresentação de indivíduo para indivíduo...

Observe que o componente afetivo e emocional está presente no conceito, logo deve ser valorizado. (p. 9)

Alguns médicos defendem a possibilidade de que certos traços de personalidade podem influir no aparecimento de doenças psicossomáticas, chegam a afirmar que haveria um tipo de personalidade específica para cada doença psicossomática e para quem tem uma dor em qualquer parte do corpo (Knoplich, 2001).

O que nos afirma Goldemberg (2007) é que a dor pode ser desencadeada, mantida e, até mesmo, agravada por fatores psicológicos, onde nem todas as pessoas irão enfrentar crises, problemas do dia-a-dia, situações estressantes da mesma forma. Enquanto que para umas estas situações serão superadas sem maiores conseqüências, para outras, predispostas geneticamente, elas servirão de gatilho para o desenvolvimento da fibromialgia.

Enquanto uma pessoa normal reage de forma madura frente á uma crise emocional, as pessoas com personalidade propensa a reagir somaticamente podem, segundo Knoplich (2001), ter uma das quatro reações a seguir:

Ruminação hipocondríaca, dirigida a articulações ou músculos, surgindo dores;
Repressão de ansiedade, com idéias e sentimentos de infelicidade, levando a uma manifestação tipo histeria de conversão, escolhendo os músculos como sede dos sintomas; Temores sobre o futuro, medo de enfrentar a volta ao serviço, por exemplo; Atitude defensiva ou de pouca garra, frente à vida, com indiferença, desdém ou ressentimento, entrando em ação músculos envolvidos com a expressão emocional , mímica, modo de andar, criando deformidades posturais que acabam produzindo dores crônicas e verdadeiras mudanças corporais. (p. 79, 80)

Pesquisas realizadas identificaram características psicológicas comuns aos fibromiálgicos, como por exemplo, tendências perfeccionistas.

São eficientes, organizados e gostam de fazer listas. Uma infecção, um trauma, pressões familiares ou desafios profissionais rompem seu delicado equilíbrio. Por medo de rejeição, tentam manter o ritmo normal o que faz a ansiedade subir a níveis perigosos, a ponto de atrapalhar o sono. Daí é um passo para o surgimento de dores... (Goldemberg, 2007, p. 36)

Como são perfeccionistas, ao sentirem-se incapacitados pela dor, aumenta a autocobrança e, como se sentem incapazes de atender as suas próprias expectativas isto gerará grande prejuízos a sua auto-estima. Outra suspeita confirmada pelos pesquisadores foi a de que as pessoas com dor crônica são altamente negativistas (Goldemberg, 2007).

Os pacientes com dores crônicas, segundo Knoplich (2001), alimentam um grande ressentimento, uma raiva contra outras pessoas e que vêm acompanhadas de descontentamento e revolta e “como não podem dar vazão às hostilidades sofridas no emprego, na família, na sociedade permanecem em constante estado de tensão muscular, esta situação leva à dor, tensão, rigidez, fadiga, além de não conseguirem relaxar-se” (p. 80).

Na tentativa de se fazer uma relação entre fibromialgia e hipocondria, foram detectadas nítidas diferenças entre os portadores das mesmas, onde, o hipocondríaco está sempre em alerta e, a qualquer fato anormal no funcionamento do seu corpo já pensa que é portador de uma anomalia grave ou sinal de perigo iminente, já os fibromiálgicos têm o grande desejo de melhorar e aceitam quando o reumatologista lhes afirma que não possuem uma doença grave. O mais difícil de aceitar é a ausência de uma causa objetiva, concreta. (Goldemberg, 2007)

Isto vem de encontro aos resultados, relatados em Knoplich (2001), do teste *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (MMPI), e o *Basic Personality Inventory* (BPI) que atribui um alto grau de hipocondria em pacientes com fibromialgia. Onde também, conforme resultados do MMPI, foram identificados altos escores de depressão e histeria nos fibromiálgicos em relação ao grupo controle. O autor, também, nos afirma que alguns pacientes quando se enredam nos “seus próprios medos, artimanhas, suposições e desinformações” (p.85) irão praticar os jogos da dor e, neste caso, “o médico deve entender que estes pacientes são só simuladores e malandros e simplesmente estão se negando, ‘sem razão’ a voltar ao serviço.” (p. 86)

Porém, como o que se pode encontrar em Goldemberg (2007) é que, apesar de muitas pessoas terem um ganho secundário com a doença, a grande maioria se sente aliviada por ter um nome para todo o mal estar que sente, para todas aquelas dores e indisposição, nervosismo e tristeza, e não ter mais que se contentar com comentários maldosos do tipo: “é invenção da sua cabeça, é falta do que fazer,” (p.62). O diagnóstico acertado faz com que o fibromiálgico seja visto de outra forma por ele e por todos os que com ele convive.

1.4. Tratamento

Não existe um único tratamento que cure a fibromialgia ou que faça desaparecer por completo os sintomas. Porém, várias alternativas de tratamento poderão ajudar os fibromiálgicos a lidar com esta condição, e, na opinião de Chaitow (2002) deve-se usar “uma abordagem multidisciplinar” (p.115)

Alcançar um alívio para a dor, diminuir os distúrbios do sono fazendo com que o paciente tenha um sono restaurador e diminuir a irritabilidade e o desejo de se isolar são para

Goldemberg (2007), os principais alvos do tratamento, no intuito de se conseguir melhorar a qualidade de vida do fibromiálgico.

Knoplich (2001) defende que o tratamento deve ser sintomático, uma vez que, a fibromialgia tem causa desconhecida e, por isso mesmo, não há tratamento eficiente ou causal para tal síndrome.

Em concordância com Goldemberg (2007), encontra-se em Chaitow (2002) a afirmação de que as principais metas a serem alcançadas com o tratamento da fibromialgia são, a amenização da dor, e a melhora do sono e do humor, metas que poderão ser alcançadas com o uso de medicamentos como: analgésicos, antiinflamatórios não hormonais, antidepressivos (tricíclicos e inibidores da recaptação de serotonina), relaxantes musculares e modificadores do sono.

Os analgésicos vão aliviar as dores que tanto incomodam e darão um suporte até que os efeitos dos antidepressivos possam ser sentidos. O uso de antiinflamatórios é útil quando em combinação com outras drogas que irão agir no sistema nervoso central. Os antidepressivos de uma maneira geral irão melhorar o componente emocional da dor e os distúrbios de humor como a ansiedade e a fadiga, irão ter efeitos, também, sobre os distúrbios cognitivos, além de tratarem a depressão. Os relaxantes musculares irão agir no Sistema Nervoso Central, com o objetivo de aliviarem as dores e os espasmos musculares e os modificadores do sono serão usados para se alcançar um equilíbrio do sono, no sentido de se ter um sono restaurador que realmente descanse e capacite o paciente para suas atividades do dia-a-dia. (Goldemberg, 2007)

Nenhum tipo de medicamento funciona para todo mundo, e nenhum medicamento conduz a 100% de melhora. O médico e o paciente necessitam experimentar para descobrir qual o medicamento que funciona melhor ... O

médico e o paciente precisam trabalhar juntos para monitorar os benefícios em contraponto aos efeitos colaterais, e determinar se uma combinação de medicamentos particular é efetiva. (Chaitow, 2002, p. 116)

Os portadores de fibromialgia geralmente apresentam uma grande resistência ao uso de medicamentos por medo da dependência, por vergonha e, muitas vezes até, por objeção da família que tecem comentários maldosos, principalmente, com relação à possibilidade de se tornarem “viciados”. Neste momento o médico precisa atuar de forma a esclarecer todas as dúvidas do paciente, explicando a função de cada medicamento, qual a utilidade da medicação para o tratamento, no sentido de se obter a confiança e a total adesão do paciente. (Goldemberg, 2007)

O tratamento medicamentoso deve vir acompanhado de outras formas de tratamento como, por exemplo, a atividade física que, segundo Knoplich (2001), é de suma importância desenvolver um programa de exercícios físicos mínimos diários, independente do clima, da potencialidade das dores, da vontade. “Programa mínimo significa andar em volta de uma sala ou corredor, falando, cantando, orando, ouvindo música. Não precisa mais que cinco minutos” (p. 112). Intercalando com banhos mornos e repetindo a dose de duas a três vezes por dia. Indica-se, também, hidroginástica, hidroterapia e caminhada.

Goldemberg (2007) defende a prática de exercícios físicos na medida certa, e afirma que o que vai garantir um resultado favorável ou não serão as variáveis como idade do paciente, grau de condicionamento físico, intensidade do exercício e condições associadas, portanto o profissional deverá saber como orientar o fibromiálgico no sentido de se estabelecer um programa que não venha a agravar ainda mais as dores. Segundo a autora não é apenas a hidroginástica a única alternativa para tais pacientes, é bom que o médico levante primeiramente as preferências de cada um para assim, ajudá-lo na escolha da melhor atividade

a ser realizada, seja qual for a atividade a ser realizada o importante é que seja feita de forma lenta e gradual respeitando os limites do corpo. “Mais uma coisa é certa: o descondicionamento físico é outra causa importante de dor. E a dor provoca mais sedentarismo. Portanto, um acentua o outro.” (p. 23)

Bennett *et al.* (1989 citado por Chaitow, 2002) e Pellegrino (1995 citado por Chaitow, 2002), afirmam que comumente os pacientes com fibromialgia têm suas dores aumentadas após a prática de exercícios físicos devido à combinação de baixa condição aeróbica global e tensão muscular. Por isso é que se faz necessária a prescrição de um programa de exercício supervisionado, onde o paciente irá ter um aumento gradual do seu condicionamento físico global, da flexibilidade e da habilidade funcional.

São muitos os benefícios comprovados dos exercícios: eles incluem a diminuição da dor, a melhora da flexibilidade, a melhora da força, mais energia, sono melhor, controle de peso mais eficiente... Acredito que um programa de alongamento e de exercícios regular é, por fim, a chave de um gerenciamento de sucesso da fibromialgia. (Chaitow, 2002, p.118)

Outras opções de complemento no tratamento da fibromialgia são: acupuntura, massagem e fisioterapia. Para Knoplich (2001) “o tratamento fisioterápico deve ser um real complemento psicossomático no manuseio dos pacientes com fibromialgia, pois o relacionamento médico/fisioterapeuta/paciente é renovado sempre que se fazem as aplicações.” (p.103) E ele acredita que o que o que faz com que o tratamento tenha sucesso é justamente esse bom relacionamento entre os envolvidos.

Já para Goldemberg (2007), os fatores que mais contribuem para que o tratamento dê bons resultados são os exercícios, o trabalho físico bem orientado, pois irá amenizar a dor,

proporcionar um melhor condicionamento físico e, conseqüentemente, ajuda a aumentar a auto-estima que, comumente é baixa nos portadores de fibromialgia.

Os nódulos que se formam nos músculos dos fibromiálgicos, quando massageados por tempo prolongado vão dar uma sensação de relaxamento, aliviando, conseqüentemente, as dores. A massagem irá ativar a circulação e remover os nódulos que são como se fossem detritos e, desta forma, o paciente terá um melhor desempenho muscular melhorando também, sua movimentação corporal. A prática da massagem mais intensa ou mais suave irá depender da intensidade da dor, o grau de sensibilidade do paciente e da compreensão do fisioterapeuta em relação às necessidades do doente. (Knoplich, 2001)

No que diz respeito à acupuntura, Goldemberg (2007), salienta que a Organização Mundial da Saúde (OMS), tem tido a preocupação de alertar os consumidores sobre o uso inadequado de remédios e terapias alternativas. A OMS alerta para os efeitos colaterais e contra indicações que os tratamentos alternativos podem ter, porém não deixa de reconhecer o valor que a medicina chinesa e a fisioterapia têm, e uma prova dos benefícios da medicina chinesa é a acupuntura, que, segundo a autora, existem evidências de que a mesma tem uma grande eficácia no tratamento coadjuvante de dores em geral, incluindo a fibromialgia. Ela exerce um efeito na modulação da dor e aumenta os níveis de serotonina.

Já para Baldry (1993 citado por Chaitow, 2002) o tratamento da dor da fibromialgia através da acupuntura é insatisfatório, uma vez que, requer duas a três aplicações por semana, durante meses ou até mesmo durante anos, pois a dor é aliviada apenas por um pequeno período de tempo, tendo que estar sempre se repetindo, porém alguns pacientes insistem que o tratamento melhora a sua qualidade de vida.

Outra opção de tratamento a ser aplicada, visto que a fibromialgia afeta consideravelmente a qualidade de vida e o relacionamento social, familiar, profissional, do

seu portador, é a psicoterapia. Knoplich (2001) defende que as técnicas a serem utilizadas neste caso seriam as chamadas de resultado ou ativas que buscam achar uma forma de convivência civilizada com o problema, como a neurolinguística e a hipnose. Já Chaitow (2002) defende a terapia comportamental cognitiva para o tratamento da dor, que reconhece que os comportamentos realizados em resposta à doença são influenciados pelo reforço positivo ou negativo. Goldemberg (2007) compactua com Chaitow (2002) e indica a terapia comportamental cognitiva como a mais indicada para os casos de fibromialgia por ser uma abordagem mais rápida e pragmática, focada nos resultados.

Independente da abordagem os autores concordam que a psicoterapia é importante para o tratamento de uma doença que afeta consideravelmente a qualidade de vida dos pacientes e desequilibra profundamente o seu funcionamento físico e psíquico. Segundo Goldemberg (2007) “trabalhos compararam o impacto de várias doenças na qualidade de vida dos portadores. A fibromialgia foi considerada pior do que a AIDS e o câncer de próstata.” (p. 6) A autora ainda descreve que muitas vezes o fibromiálgico tem dificuldades em aceitar ser portador de uma doença que não se possa identificar a causa, que talvez uma inflamação fosse mais bem aceita, pois as explicações seriam pontuais e teria um medicamento próprio que iria combatê-la, não sendo necessário mergulhar na própria história, lembrar e ter que encarar situações desagradáveis que exigiriam uma postura mais ativa. Outro fator importante a ser destacado é a falta de compreensão e o descrédito enfrentado pelo portador de fibromialgia. “Pior do que a dor era o descrédito que notava por parte dos familiares e de alguns médicos”. (p. 7)

E para melhor ilustrar o sofrimento do fibromiálgico segue um trecho do manifesto da Fundação de Portadores de Fibromialgia e Síndrome da Fadiga Crônica da Espanha distribuído naquele país em 2004, no Dia Mundial da Fibromialgia, 12 de maio e citada

por Goldemberg (2007): “À dor crônica que limita e empobrece a qualidade de vida , soma-se a dor moral que uma enfermidade desconhecida produz, a dor de uma sociedade que despreza e ignora, a dor de não sentir-se acreditado.” (p.6)

Diante do exposto neste capítulo, a seguir será analisado o impacto que a dor crônica tem na vida de todos aqueles que a sofrem. O sofrimento psíquico causado pelo sofrimento físico, a dor por trás da dor, principalmente por se tratar de uma enfermidade da qual não se tem uma causa objetiva, detectável, visível, como é o caso da fibromialgia, e que, devido a isto, faz com que a pessoa experiencie situações de total descrédito e uma total falta de confirmação por parte dos profissionais de saúde em geral, familiares, enfim, por parte da maioria dos quais o portador da fibromialgia convive, prejudicando, desta forma, a qualidade de vida dos que a sofrem, como também, daqueles com os quais se relaciona.

CAPÍTULO II

O Impacto da Dor Crônica na Vida do Indivíduo

2.1. Dor Crônica e Qualidade de Vida

De acordo Petrone (1994), ter qualidade de vida é buscar a satisfação das necessidades e desejos, tanto materiais quanto emocionais. Seria uma convivência harmônica com os outros, com o meio e consigo mesmo, que se traduz em conviver bem com as possibilidades de realizações e as frustrações dos impedimentos e obstáculos com os quais todos se deparam, pois nem sempre esta satisfação é possível. Para se ter qualidade de vida é, portanto, necessário extrair os aspectos positivos de tudo o que é vivenciado, no intuito de tornar as dificuldades ao menos suportáveis.

Segundo o mesmo autor, o indivíduo precisa alcançar o autoconhecimento, pois desta forma conseguirá se expressar, a fim de obter realização pessoal, a qual torna a vida de boa qualidade. Este autoconhecimento se traduz em conhecer-se intimamente e aceitar tanto as qualidades quanto as limitações, satisfazendo o melhor possível as suas necessidades de acordo com possibilidades e recursos próprios. Conhecer-se é, também conhecer e entender o não “EU”, o externo, o que está fora, o que ameaça a integridade, no sentido de se precaver, proteger-se e buscar a superação dos limites, agregando mais conhecimento e possibilidades na busca de suas realizações.

Quando uma pessoa está doente, seu nível de qualidade de vida fica comprometido. Petrone (1994) diz que: “A doença se torna denúncia de desconforto existencial; de qualidade de vida de baixo nível” (p. 22). Em concordância com esta afirmação Souza, Forgione e

Alves (2000) escrevem que o processo do adoecer é o reflexo de uma grande dificuldade que o indivíduo tem de expressar, comunicar livremente seus incômodos, suas frustrações, suas contestações e, que, somente aprendendo a lidar com estes empecilhos ou evitando-os, quando for o mais conveniente, é que a pessoa recuperará o equilíbrio perdido, levando-o ao bem-estar.

De modo análogo Brandão (1993 citado por Carvalho, 1999), Dwarakanath (1991 citado por Carvalho, 1999), Figueiró & Teixeira (1994 citado por Carvalho, 1999) e French (1994 citado por Carvalho, 1999) afirmam que pacientes portadores de dor crônica, como é o caso da fibromialgia, sofrem fortes prejuízos, como alterações no sono, na alimentação, na libido e, muitas vezes acarreta a falta de interesse por exercícios físicos, eventos sociais e atividades ocupacionais. Sintomas estes, característicos dos fibromiálgicos, como já foram mencionados no capítulo I deste trabalho.

De acordo com Carvalho (1999), a dor é uma maneira que o organismo utiliza para expressar que algo não está funcionando bem, ou seja, é como um alarme que soa quando detecta algo nocivo à sua homeostase. Turk & Melzack (1992 citado por Guimarães, 1999) e Willians et al. (1993 citado por Guimarães, 1999) afirmam que a dor é muito importante, pois ao trazer incômodo, o seu alívio se torna prioridade para o indivíduo, mobilizando-o na busca de alternativas que solucionem o problema que ela está denunciando. Porém, de acordo com os mesmos autores, a dor se torna patológica quando excede sua função de acusar uma disfunção do corpo e se torna crônica, pois desta forma, irá comprometer seriamente a qualidade de vida do indivíduo que a sofre.

2.2. Dor Psicogênica

Para Nasio (2008), a fibromialgia pode ser qualificada como uma dor psicogênica, que apesar de ser sentida no corpo, não possui uma causa orgânica, mas sim uma causa de origem psíquica. Este autor chama a atenção para a diferença existente entre a sensação dolorosa e a emoção, ambas presentes na fibromialgia, ele alerta que a sensação dolorosa já é muito estudada, seus processos neurofisiológicos e neuroquímicos são conhecidos e há muitos avanços na ciência nesta área. Já, por outro lado, a emoção que por ele é definida como “a maneira de viver a dor que já é a dor” (p. 61), ou seja, todo o sofrimento trazido pela dor que é sentir dor: dor de ter se tornado limitado, dor de ter suas relações prejudicadas, dor de se sentir invadido por algo que paralisa, que incapacita, que tira o ânimo e, muitas vezes, a vontade de viver, dor de não ser compreendido, é pouco estudada e, conseqüentemente, sabe-se muito pouco ou quase nada sobre a mesma.

Conforme Teixeira (1999), a dor psicogênica, embora seja real, não é detectada clinicamente e está intimamente ligada a aspectos psicoafetivos, os quais podem acarretar o seu surgimento e agravamento. E, somando-se a esta afirmação, Figueiró (1999) diz que: “A dor crônica é um processo psicológico com componentes afetivos, cognitivos, motivacionais e somáticos. A avaliação completa da dor inclui a análise dos aspectos psicológicos da dor e o efeito da dor no comportamento e na estabilidade psicológica” (p. 141).

Nasio (2008) afirma que “A origem psíquica da dor psicogênica está em geral ligada a um conflito íntimo, passado, antigo, e que vem exprimir-se sob a forma de uma dor no corpo” (p. 64). Importa ressaltar que a intensidade, a representação, o significado da dor não são os mesmos para todas as pessoas e que, quando alguém é acometido por dores psicogênicas, faz-

se necessário entender que se tratam de sinais emitidos por “um corpo que quer ser ouvido” (p.57). Este corpo que quer ser ouvido, não se vê capacitado a se adaptar ao estresse ao qual é freqüentemente exposto, ou seja, quando as exigências e pressões externas ultrapassam a capacidade que cada um tem de enfrentá-las, capacidade esta que é diferente para cada pessoa em particular (Souza, Forgione e Alves, 2000). Sendo assim, cada um sofre de uma maneira muito particular. A dor que o indivíduo sente é a dor dele e de mais ninguém, pois ele é uma pessoa única. “O vivido de uma dor é sempre o vivido da minha dor” (Nasio, 2008 p. 30).

Petrone (1994) explica que o distúrbio psicossomático, como a dor, deve ser entendido como uma forma do corpo se comunicar, e é carregado de significados, os quais são simbolizados pelo sintoma:

Portanto, distúrbio psicossomático entendido como mensagem, como comunicação, como linguagem arcaica, não verbal, é um dos meios que o homem tem para comunicar, e linguagem do corpo, e a linguagem do órgão; carregados de significados indiretos que encontram sua simplificação na interpretação simbólica, analógica ou metafórica do sintoma (p. 29).

Tal sintoma é uma resposta primitiva do psiquismo a seus diversos conflitos, considerados prejudiciais ao seu bom funcionamento. Como forma de proteção, o psiquismo impede que eles cheguem à consciência do indivíduo, simbolizando-os em seu corpo, ocasionando assim uma disfunção psicossomática. Desta forma, apesar da doença psicossomática gerar sofrimento ao indivíduo, ela tem a finalidade de resguardá-lo de um dano maior (J. McDougall, citado por Souza et al, 2000). Sendo assim, Nasio (2008) explica que a dor psicogênica pode ter sido a única forma encontrada para o sofrimento psíquico se expressar, o qual, muitas vezes, não é reconhecido pelo indivíduo, porém, com o qual este se torna obrigado a conviver.

2.3. Singularidade da Dor e seu Aspecto Sócio-Cultural

Banoub & Laryea (1991 citados por Guimarães, 1999), Chaturvedi & Michael (1993 citados por Guimarães, 1999) Turk & Melzack (1992 citados por Guimarães, 1999), afirmam que a dor torna-se difícil de ser expressa e descrita por quem a sente, e de ser entendida e conhecida, em sua exatidão, por outra pessoa que não a que está vivendo tal experiência e acrescentam que (...) “a dor é uma experiência individual, com características próprias associadas às características únicas do organismo, sua história passada e ao contexto no qual é percebida” (p. 15).

Miceli (2002) explica que não se pode olhar a dor separada do indivíduo. Ao contrário, o indivíduo deve ser considerado por inteiro, porque ele é maior que os sintomas que apresenta. Considerar o indivíduo por inteiro é conhecer os aspectos biopsicossociais que estão relacionados com o seu sofrimento. Nasio (2008) acrescenta que a dor não é apenas um fenômeno físico, mas é um fenômeno que abarca toda a existência do indivíduo. Trata-se de um sofrimento que atinge uma pessoa que possui uma história, dentro de uma cultura e de uma sociedade, que possui uma psicologia própria.

Considerar a dor como um fenômeno sócio-cultural supõe considerar o corpo como uma realidade que não existe fora do social, nem lhe antecede. O social não atua ou intervém sobre um corpo pré-existente, conferindo-lhe significado. O social constitui o corpo como realidade, a partir do significado que a ele é atribuído pela coletividade. O corpo é “feito”, “produzido” em cultura e em sociedade. (Sarti, 2001 p. 4)

O ser humano está sempre buscando conhecer-se, buscando sua essência, e ele não é mais nem menos, do que um ser em relação, mesmo que esta relação com o outro, com os

objetos, com a natureza esteja prejudicada, ou seja, mesmo que este busque o isolamento, a solidão, será sempre um indivíduo que compartilha, que contribui para a construção da sociedade em que vive e é, de forma igual, construído e formado por estas relações, por esta convivência. (Sanches e Boemer, 2002) Portanto, tudo que é vivido de modo particular e subjetivo é, também, vivido e construído dentro de uma coletividade, ou seja, todas as características das experiências individuais, todas as vivências do indivíduo estão constitutivamente relacionadas à sociedade da qual fazem parte. “... Não existe realidade social sem significado subjetivo para os que nela vivem, ao mesmo tempo em que o significado de cada ato individual, cotidiano e singular, só existe como produto do que lhe é dado viver na sociedade e na cultura às quais pertence.” (Sarti, 2001 p. 4,5)

Segundo Helman (1994 citado por Portnoi e Pimenta, 1999) a cultura é o conjunto de costumes, normas, crenças, hábitos, habilidades que o indivíduo adquire como pertencente a uma determinada sociedade. A cultura é um todo formado por idéias, por construções de todos os que dela fazem parte. “Esse conjunto de princípios, implícitos e explícitos, ensina ao indivíduo o modo de ver os fatos, como percebê-los, como vivenciá-los emocionalmente, como atribuir-lhes significados e como conduzir-se diante deles.” (p. 160)

O portador de dor crônica vive em constante conflito. Devido à sensação dolorosa, pode deixar de responder adequadamente ao meio, tornando-se agressivo em situações que outrora eram consideradas banais, e muitas vezes apresenta tendência para se isolar do convívio social. A dor afeta de modo considerável a relação do doente com a família a ponto deste deixar de desempenhar o seu papel, sua posição - mãe, pai, filho, filha, etc. - tornando-se o doente. (Sanches e Boemer, 2002) E, complementando esta idéia, Miceli (2002) explica que a dor crônica é uma experiência difícil não só para quem a sofre, mas também para sua família, pois o adoecimento faz com que o sistema familiar seja modificado, já que, com um

membro doente, a família não consegue ter o mesmo funcionamento. E quando isso ocorre, isto é, quando este sistema familiar não consegue manter-se em equilíbrio dentro dos padrões e costumes característicos, próprios do sistema, torna-se também uma família doente.

A dor psicogênica tem um objetivo uma finalidade. Com ela, o indivíduo procura falar para si e para o outro que as barreiras impostas a ele no momento são claramente intransponíveis, que implicitamente está se buscando uma transformação, trata-se de um pedido de ajuda, de socorro. Sabe-se que o mais recomendável seria o indivíduo perceber e conseguir a mudança necessária para o alcance da sua homeostase, porém a mudança deve ocorrer também no ambiente do qual faz parte, as pessoas com as quais convivem podem criar um ambiente mais acolhedor, menos repressor, que favoreça a vivência da liberdade de expressar-se, de afastar-se e aproximar-se, ou seja, que dê ao indivíduo condições que favoreçam a liberdade de ser ele mesmo. “Em uma cultura eminentemente objetiva e pragmática, parece-nos muito difícil, e a alguns até tolo, pensar-se em aspectos decorrentes da subjetividade e da individualidade”. (Petroni, 1994 p. 7)

Apesar da dor existir desde o princípio da humanidade e mesmo com todos os avanços da ciência no sentido de combatê-la através da tentativa de descoberta das suas causas, origens, o sofrimento que a acompanha ainda é muito desqualificado e não levado em consideração e, por isto mesmo, acaba por provocar uma maior angústia em quem a sofre, pois, a dificuldade em definir e, expressar esta dor e suas conseqüências de forma exata e, a constante busca de afirmação, compreensão por parte do outro, o que na maioria das vezes não ocorre, faz com que o sofredor tenha sua vida simplesmente traduzida pela doença (Loduca, 1999). Esta idéia é compartilhada por Petroni (1994) que diz que a dor psicossomática não possui apenas uma linguagem singular e um determinado significado que é próprio de cada indivíduo, mas também, evidencia um pedido de atenção da pessoa com

ela mesma, como também, atenção dos que com ele convivem. Uma atenção não voltada para a doença em si, mas para todo o conjunto de problemas que emergiram ou se mantiveram implícitos os quais favoreceram a origem e a perpetuação da doença.

Portanto, a partir da evidência de que a dor crônica (o principal sintoma da fibromialgia) é algo vivido de forma particular, individual, mas que, o individual, o singular faz parte, deriva e, de forma análoga, compõe, contribui para a formação do todo. E que, esta dor trás grande sofrimento aos seus portadores e que, além de todo o tratamento medicamentoso, faz-se necessário, também, um acompanhamento psicoterápico. Será abordado no capítulo posterior, o adoecimento e seu tratamento sob o enfoque da Gestalt Terapia, que é uma abordagem totalmente focada no campo relacional indivíduo/meio onde qualquer fato, que venha a influenciar de forma negativa esta relação, esse contato consigo e com os outros, será considerado um aspecto a ser investigado como possível gerador de mal funcionamento orgânico e um possível gerador de doença. Pois, como afirma Tenório (1999): “A Gestalt, para além de uma simples psicoterapia, apresenta-se como uma verdadeira filosofia existencial, uma arte de viver, uma forma particular de conceber as relações do ser humano com o mundo”. (p. 1)

CAPÍTULO III

Gestalt Terapia

3.1. Saúde e Doença em Gestalt-Terapia

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, a saúde é “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doenças” (Barbalho, 1998, p. 72). Para a Gestalt Terapia, a saúde está relacionada com a qualidade da relação que o indivíduo consegue estabelecer com o seu meio.

Chagas (1996) explica que o indivíduo e seu meio são partes de um todo indivisível. Ambos se influenciam mutuamente, através de um órgão chamado fronteira de contato. Da mesma maneira, Frazão (1997) afirma que a Gestalt-Terapia, por ter uma concepção holística de homem, concebe-o em relação ao seu meio, de onde surge toda experiência. Para corroborar com essa idéia, Tenório (2003) nos diz que “tudo o que se passa no organismo, no nível sensorial ou motor, se dá na fronteira de contato e é sempre uma função da interação organismo/meio” (p. 240).

De acordo com Frazão (1997), os indivíduos possuem necessidades essenciais ao seu desenvolvimento, tanto de natureza fisiológica – alimentação, higiene, descanso, etc. – como de natureza psicológica – estima, aceitação, respeito, amor, confirmação. Eles buscam a satisfação das necessidades na sua relação com o meio. Chagas (1996) diz que às vezes esse contato será bem sucedido, resultando na homeostase do organismo, mas outras vezes, buscando essa mesma homeostase, o indivíduo deixa de fazer contato quando o meio se torna

nocivo ao seu *self*. Desta maneira, a interação do organismo com o meio acontece em ciclos de contato e retirada.

Para a Gestalt-Terapia, como descreve Chagas (1996), o homem é um ser em relação: “É o ser aí, o ser com” (p. 23). Sendo assim, o contato é intrínseco ao ser. É o contato nos diversos âmbitos da vida do indivíduo que vai favorecer ou não o desenvolvimento de suas potencialidades.

Estes processos de diferenciação e desenvolvimento da individualidade decorrem da qualidade da relação com o outro e, na medida em que o outro faz parte do meio, considero que o que possibilita o desenvolvimento psíquico saudável é a interação saudável indivíduo-meio, Eu/não-Eu, através da qual se dará a satisfação de necessidades – em especial aquela que considero fundamental: o estabelecimento e a manutenção da relação com o outro. (Frazão, 1997, p. 65).

Frazão (1997) explica que “O que possibilita a experiência na interação do indivíduo com seu meio é a '*awareness*'” (p. 65). *Awareness* é a capacidade de estar consciente da própria existência, e abrange todos os âmbitos do indivíduo: sensorial, motor, afetivo, emocional e assim por diante (Peres e Holanda, 2003). É estar cômico do que está se passando dentro de seu próprio organismo e fora dele, no meio, através de todos os sentidos e também nos níveis emocional e cognitivo (Frazão 1997). “A pessoa que está consciente, *aware*, sabe o que faz, como faz, que tem alternativas e escolhe ser como é” (Yontef, 1998, p. 31, citado em Peres e Hollanda, 2003, p. 7).

Na Gestalt Terapia, segundo Rodrigues (2008), dá-se um enfoque à responsabilidade que a pessoa tem sobre o seu processo de desenvolvimento em relação com o meio que se dará de acordo com as escolhas ou rejeições de cada indivíduo. No entanto, faz-se necessário

realçar, que a responsabilidade que cada um tem sobre ele mesmo refere-se às escolhas que a pessoa faz dentro das que estão disponíveis para ele no contexto do qual faz parte, “... uma vez que escolhas que transcendem os limites do que é possível, na verdade, não são escolhas, e podem estar cumprindo outro papel: dispersando uma energia vital para o que realmente poderia ser feito” (p. 88). Isto quer dizer que nesta abordagem tem-se a certeza de que o indivíduo tem condições de buscar e alcançar o seu equilíbrio orgânico, através de escolhas condizentes com a satisfação das suas necessidades prioritárias, com as quais irá fazer contato.

Frazão (1997) explica que pode haver contato sem *awareness*, porém para ter *awareness* é necessário haver contato. É a *awareness* que faz com que o contato seja de qualidade, pois o indivíduo terá a capacidade de perceber tudo o que se passa na situação e, portanto, poderá integrar ou rejeitar a experiência.

A função do contato, para Peres e Holanda (2003), é a mudança. É através do contato que o indivíduo interage com o diferente, realizando trocas. É assim que ele cresce e se transforma. Ele integra à sua estrutura aquilo que é compatível com ela, e rejeita o que é incompatível. Sendo assim, após o contato, o indivíduo nunca é o mesmo. “É na diferença que o homem se reconhece como único, e é só na relação que a diferença pode ser percebida” (p. 6).

Para que um indivíduo realize um contato pleno, é necessário que ele esteja totalmente envolvido na experiência. Dentre as diversas necessidades que ele possui, as quais já foram citadas, é necessário que o indivíduo tenha consciência da que é prioritária no momento atual, a qual é chamada figura, e busque a sua satisfação. Quando a figura é satisfeita, ela retorna ao fundo para que outra emerja, num permanente ciclo figura/fundo. Desta maneira, o organismo se conhece e se aceita, se auto-regula, pois é capaz de nutrir-se. Portanto, o processo de

desenvolvimento e crescimento do indivíduo se dá por um constante alternar de formação e destruição de figuras, que serão integradas ou descartadas, de acordo com o que for mais saudável no momento. (Tenório, 2003).

A GT tem um conceito de normalidade que não é conteúdo-específica, mas processo-específica. Isto é, a teoria oferece um conceito de normalidade que é culturalmente neutra; ela define normalidade em termos do processo de formação e de destruição figura/fundo campo organismo/meio. (...) Se a relação de uma pessoa com o ambiente é tal que o processo de contato e *awareness* são claros e formam uma boa gestalt, que responde ao que está presente e ao que é necessário na pessoa e no meio, então isto é saúde psicológica. (Yontef, 1998 p. 290).

Gaspar (1999) esclarece que para falar em doença, em Gestalt-Terapia, é necessário falar de saúde, pois não há como deixar de relacionar tais conceitos devido à visão holística dessa abordagem. Na visão gestáltica, o adoecer é um processo, assim como todas as demais experiências vividas pelo homem. De acordo com Peres e Holanda (2003), para obter equilíbrio, o indivíduo utiliza a polarização, “identificando-se com um dos extremos de uma cadeia de características opostas” (p. 8), mas para funcionar saudavelmente, deve ser capaz de transitar fluidamente entre um pólo e outro.

Barbalho (1998) diz que quando o indivíduo interrompe o contato consigo mesmo ou com o meio, sua saúde é prejudicada. “Neste sentido, a interrupção do contato é a interrupção da energia que gera a saúde, a comunicação, a relação, é o bloqueio do crescimento, da mudança da percepção de si, do outro e do mundo. A doença pode se instalar em qualquer uma das dimensões onde ocorra a interrupção do contato” (Barbalho, p. 72). Da mesma maneira, Ginger (1995 citado por Barbalho, 1998) diz que a saúde é a capacidade da pessoa

de realizar contato com suas necessidades e as do meio, buscando satisfazê-las. Por outro lado, considera a não-saúde as interrupções de contato, as quais prejudicam esta satisfação.

Martín (2008) explica que é necessário que o indivíduo tenha consciência de quais são suas necessidades e quais são as necessidades da sociedade a qual pertence, e através desse conhecimento busque satisfazê-las de acordo com a prioridade e relevância de cada uma, pois “o conflito e o desequilíbrio surgem quando a pessoa e a sociedade experimentam necessidades opostas... e a pessoa é incapaz de distinguir qual é a necessidade dominante, se é a sua ou a da sociedade” (p. 88), ou seja, que figura deve ser eleita e satisfeita. Se a discriminação entre tais figuras não acontece, o indivíduo não consegue decidir, deixando de satisfazer a si mesmo e à sociedade, e dessa maneira ambos são prejudicados.

Para Ginger (1995, citado em Barbalho, 1998) existem cinco dimensões da atividade humana, as quais devem ter um funcionamento harmônico entre si para o equilíbrio do indivíduo. São elas: dimensão física, afetiva, intelectual, social e espiritual. A dimensão física diz respeito à satisfação de necessidades fisiológicas, como respirar, movimentar-se, alimentar-se, dormir, desempenho da sexualidade, entre outras. O autor diz que há falta de saúde nessa dimensão quando há carência ou excesso na satisfação dessas necessidades.

A dimensão afetiva é constituída pelas emoções, sentimentos e relações interpessoais. Perls (1973 citado por Barbalho, 1998, p. 73) já afirmava que “as emoções são a nossa própria vida... são a linguagem do organismo, a excitação é transformada em emoções específicas e as emoções são transformadas em ações... mobilizam os modos e meios de satisfação de necessidades”. A saúde nesta dimensão é configurada pela capacidade de realizar contato pleno com o outro, estabelecendo relações verdadeiras e profundas de amor, amizade, solidariedade, afeto, respeito, carinho. É ser capaz de doar-se ao outro e também receber dele, possibilitando o crescimento de ambos. Por outro lado, a não-saúde na dimensão afetiva se ma

nifesta quando o indivíduo não consegue estabelecer tais relações, profundas e verdadeiras, sentindo-se só (Ginger, 1995, citado em Barbalho, 1998).

De acordo com o mesmo autor, na dimensão intelectual, a saúde está presente quando o indivíduo consegue desenvolver sua potencialidade intelectual, sem, porém, menosprezar as demais dimensões humanas. A não-saúde ocorre quando esta dimensão é colocada em primeiro lugar na vida do indivíduo, em detrimento das demais, fazendo com que ele tenha dificuldade em entrar em contato com suas emoções, sentimentos e os de outras pessoas, prejudicando suas relações interpessoais.

Fazem parte da dimensão social as relações sócio-culturais do indivíduo. Já foi dito que o ser humano é um ser em relação, e a saúde nesta dimensão se dá quando ele consegue viver em sociedade, interagindo com o meio, porém sem se misturar com ele a ponto de afetar sua individualidade. A falta de saúde nesta dimensão acontece de duas maneiras: quando se deixa influenciar totalmente pela sociedade, perdendo sua singularidade, ou quando se isola totalmente dela, não conseguindo estabelecer relações satisfatórias (Ginger, 1995, citado em Barbalho, 1998).

Ginger (1995, citado em Barbalho, 1998) "valoriza na dimensão espiritual, a busca do significado e do sentido do homem dentro do ambiente cósmico e do ecossistema global" (p. 74). Para o autor, faz parte da essência humana a busca do sentido da vida, que é a espiritualidade. Saúde então, é a harmonia desta dimensão com outras dimensões humanas.

Hycner (1995) afirma que devido à rejeição do encontro verdadeiro, tão desejado pelo indivíduo faz com que esta imensa necessidade psíquica – a do encontro genuíno – volte para o inconsciente e fique presa, fazendo com que este indivíduo se torne totalmente retraído e evite o contato pleno com os que o cercam, configurando o que Hycner denomina de “fuga do encontro”. “A 'fuga do encontro' leva a uma introversão elementar que forma o cerne da

neurose... o *self* volta-se para si mesmo e se isola da profunda nutrição da alma, vinda dos outros” (p. 74).

Partindo da certeza de que o indivíduo vive em constante interação com o meio em busca de equilíbrio, o processo de adoecer pode, então, ser considerado uma forma de ajustamento criativo, pois embora esteja sendo disfuncional, foi a melhor maneira que o indivíduo conseguiu para lidar com o impasse naquele momento, pois quando o indivíduo se vê frente a uma situação que é insuportável, porém inevitável e que não podem ser transformadas, o que se tornará figura será a necessidade maior do momento – a de sobrevivência – em detrimento de seu prazer obtido pela satisfação de necessidades que contradizem esta exigência do meio. Portanto, pode-se afirmar que o adoecimento psíquico é causado pelas interrupções de contato. Os mecanismos de interrupção de contato são: introjeção, projeção, confluência, retroflexão, egotismo, deflexão e proflexão. (Tenório, 2003).

De acordo com Martín (2008), a introjeção é a incorporação pelo indivíduo de pensamentos, idéias, conceitos, sentimentos que não são verdadeiramente seus. É por meio deste mecanismo que, quando criança, se dá o processo de aprendizagem. Porém, quando o indivíduo passa a introjetar indiscriminadamente, ocorre a neurose, pois este indivíduo deixa de fazer contato consigo mesmo, aceitando como verdadeiro, bom ou correto apenas as coisas que vêm de fora. O que Tenório (2003) diz que são como bebês que, por não conseguirem, morder, triturar, o alimento, permanece recebendo e engolindo o que o outro oferece, sem questionar e sem estabelecer uma troca saudável com o meio deixando, dessa forma, de obter sua auto-regulação.

Segundo Tenório (2003), na projeção o indivíduo atribui ao outro aspectos seus, aspectos esses, que são insuportáveis, inadmissíveis por ele. Ele nega tudo aquilo que pode

causar conflito com o meio e consigo mesmo, responsabilizando o outro. Martín (2008) esclarece que a pessoa que projeta, ao culpabilizar o outro, vitimiza-se, tornando-se passivo.

Segundo o mesmo autor, na confluência o indivíduo não consegue ver claramente onde termina o eu e onde começa o outro, pois se vê misturado com ele. O confluente se identifica tanto com o meio a ponto de sentir que eles são um só, não sendo capaz de identificar suas próprias necessidades. Sendo assim, ele precisa do outro para definir sua própria identidade, torna-se dependente e evita ao máximo o conflito.

Na retroflexão, o indivíduo faz a si mesmo aquilo que gostaria de fazer ao outro, dirigindo a energia para dentro de si, interrompendo desta maneira o contato (Tenório 2003; Martín, 2008).

Já no egotismo, Tenório (2003) explica que o indivíduo está muito voltado para si, estabelecendo pouco contato com o meio. O egotista procura satisfazer suas necessidades, em detrimento das necessidades do outro, utilizando-o como um meio para alcançá-las. Ele não está aberto para o que vem de fora, sua fronteira de contato é bastante rígida e inflexível.

Na deflexão, o indivíduo teme a ocorrência de conflitos, internos ou externos, e por isso diminui a força do contato. E, ao contrário da retroflexão, a proflexão ocorre quando o indivíduo faz ao outro aquilo que gostaria que fosse feito a ele, com o objetivo de receber uma retribuição. Desta maneira, o proflexor age por meio da manipulação para evitar o contato com suas próprias necessidades e “a frustração de pedir e não ser atendido” (Tenório, 2003, p. 250).

3.2. Fases do Processo Terapêutico

Juliano (1999) divide as pessoas que procuram psicoterapia, baseado na forma de verem o mundo, em dois grandes grupos. O primeiro deles, seriam aqueles clientes que, por estarem tão fechados em si mesmos, não conseguem perceber outras maneiras de se encarar uma mesma situação, e, por conseguinte, não enxergam alternativas para resolver seus problemas. O segundo grupo seria formado por indivíduos que são superficiais, pois não conseguem ter figuras claras, nítidas, bem definidas, e com isso, não conseguem estabelecer contatos verdadeiros.

O funcionamento saudável é caracterizado por um constante processo de formação e destruição de figuras, que se desenvolve numa dança de contato e retraimento ocorrida na fronteira de contato do indivíduo com seu meio, onde a pessoa identifica o que poderá ser assimilado e o que deve ser alienado na busca da sua auto-regulação. Quando este movimento de contato e retirada ocorre de forma indevida, a fronteira de contato se torna disfuncional, ou seja, fica desequilibrada, onde a pessoa permanecerá fixada na abertura ou contato deixando que entre tudo o que vem de fora inclusive o que lhe será nocivo ou permanecerá fixada no fechamento, que irá impedir que entre inclusive o que lhe será benéfico e essencial para o crescimento do seu *self*. (Tenório, 2003).

Segundo Martín (2008), a psicoterapia dentro da abordagem gestáltica, tem como objetivo auxiliar o cliente a ficar *aware* de tudo o que está experienciando. Além disso, conforme Juliano (1999), é ajudar o cliente a identificar suas necessidades e ver os acontecimentos narrados sob outras perspectivas, ampliando suas maneiras de atuar no meio. Para que isso ocorra, Hycner (1995) esclarece que é dever do terapeuta “construir uma ponte

em direção ao cliente” (p. 124), e ao estabelecer este contato com ele, há inúmeras possibilidades para a psicoterapia se desenrolar.

De acordo com Piccino (1996), o processo psicoterápico se constitui por cinco etapas: o mundo como o grande vilão, o encontro com o espelho, o caminho para a própria interioridade, o reencontro com o mundo – a decisão radical de transformação – e, por fim, o exercício da transformação – tomar a vida nas próprias mãos –. Faz-se importante salientar, porém, que apesar destes momentos da psicoterapia terem características próprias, eles podem se mesclar, sem que tais características se percam.

No primeiro momento – o mundo é o grande vilão – é quando o cliente chega ao consultório. Ele está em intenso sofrimento e considera o mundo o responsável por seus problemas. Seu foco é no exterior e não consegue perceber alternativas para mudança. Sua expectativa é que o terapeuta solucione seus problemas por ele, de maneira rápida e indolor. neste momento é que se dá o vínculo terapêutico, e para que isto ocorra, o terapeuta deve estar atento ao cliente, com uma escuta empática e acolhedora, esforçando-se para entrar em seu mundo. Trata-se da fase em que começa a se desenvolver uma relação de confiança do cliente pelo terapeuta, a qual é fundamental para o desenrolar de todo o processo terapêutico (Piccino, 1996).

De acordo com a mesma autora, no segundo momento do processo psicoterápico – o encontro com o espelho – o cliente começa a voltar o foco para si mesmo, deixando de culpabilizar somente o outro pelo que lhe acontece e por ser o que é, começando a perceber sua participação ativa neste processo. Porém, esta percepção não é muito clara, ainda existem muitos aspectos que permanecem ocultos a serem revelados. Fazer este movimento é difícil para o cliente, pois ele está indo ao encontro do desconhecido, que poderá fazê-lo sofrer; isto causa angústia, ansiedade, medo, e por isso é comum que ele regrida para a fase anterior. Por

isso, o terapeuta tem o papel de acompanhar o movimento do cliente, fazendo com que ele perceba suas idas e vindas; ele continua acolhendo, compreendendo, porém se esforça para reorientar o cliente a prosseguir e encontrar-se consigo mesmo. Neste momento, o cliente começa a não esperar apenas do terapeuta a resolução de seus problemas, comprometendo-se mais com o processo.

Piccino (1996) diz que na terceira fase da psicoterapia – o caminho para a própria interioridade – há o aprofundamento do olhar para si mesmo, e agora vai ficando claro para ele todos os aspectos que estavam ocultos. Ao mesmo tempo em que este movimento é amedrontador, é também prazeroso, pois ele vê possibilidades de sair do sofrimento em que se encontra. Talvez este seja o momento mais penoso para o cliente, pois ele chega “no fundo do poço”, entra em contato com tudo o que negou durante toda sua vida, com os aspectos alienados, e isso causa dor, angústia, raiva. Mas é desta maneira que ele descobre sua forma de agir e ser consigo mesmo e com o mundo. O terapeuta continua sendo o suporte do cliente, pois este momento é muito difícil, e ao mesmo tempo, trabalha para ampliar sua consciência. Nesta fase o cliente se modifica, porém ainda não sabe agir conforme estas mudanças.

Na quarta etapa da psicoterapia – o re-encontro com o mundo: a decisão radical de transformação – o cliente vai deixando aos poucos de ser egocêntrico e volta a perceber o mundo a sua volta, porém de maneira diferente, ou seja, reconhece-se como co-autor da própria história, e como um produto da interação entre si mesmo e o meio. Ocorrem mudanças não somente racionais, mas sim emocionais, as quais trazem ao cliente confiança para ser ele mesmo na prática. Desenvolve seu autoconhecimento e auto-aceitação, estabelecendo relações com o outro sem perder a sua essência. E, desta maneira, vai superando seus conflitos, medos, traumas a caminho da libertação (Piccino, 1996).

Na quinta e última fase do processo terapêutico, Piccino (1996) relata que o cliente coloca em prática tudo o que aprendeu na psicoterapia, tanto no aspecto cognitivo quanto emocional. Ele reconhece que possuiu recursos e está em condição de usá-los em sua vida. Adquiriu autoconfiança e está preparado para viver, mesmo em situações adversas. O terapeuta deve perceber este movimento do cliente e ir se retirando aos poucos da relação, da mesma forma que o cliente também vai se distanciando, já que não precisa mais desse suporte, restando apenas a lembrança de um processo difícil, doloroso, mas compensador.

3.3. Características do Terapeuta em Gestalt

Juliano (1999) ressalta que para uma psicoterapia satisfatória, é imprescindível que o terapeuta esteja inteiramente presente: “... uma atitude descontraída e atenta, inteira, disponível, energizada” (p. 26), sem fazer inferências, julgamentos nem interpretações. A esta característica Hycner (1995) dá o nome de “colocar-se entre parênteses”, e acrescenta que o terapeuta, no momento que está ouvindo o cliente, deve suspender até mesmo as teorias, bem como seus preconceitos e valores, suas verdades pré-concebidas, para estar inteiramente presente para o cliente, no aqui-e-agora. O aqui-e-agora é o que preserva a vitalidade da psicoterapia, “é algo parecido com navegar nas corredeiras de um rio – é preciso estar o tempo todo fluindo junto e respondendo a cada momento às mudanças em andamento” (p. 113 e 114).

Juliano (1999) diz também que o terapeuta deve receber o que é trazido pelo cliente como ele se apresenta. Hycner (1995) vai ao encontro desta idéia e diz que o terapeuta deve estar sempre preparado para ser surpreendido pelo cliente, não por ser ingênuo, mas por não criar expectativas com relação ao que vai acontecer no processo, pois “o que pode acontecer é

sempre muito mais rico do que o esperado. O que esperamos é somente a sugestão mais remota do que é possível, e o que é possível amplia os limites da imaginação humana”(p. 119).

Segundo Fagan e Shepherd (1973, citados em Martín, 2008), as características que um bom terapeuta deve ter são: pautaçaõ, controle, potência, humanidade e compromisso. A pautaçaõ diz respeito à capacidade de observar não só o que o paciente diz, como também aquilo que o paciente não diz, ou seja, todos os aspectos verbais e não-verbais apresentados por ele. Tais aspectos ajudarão numa maior compreensão do cliente.

De acordo com os mesmo autores, o controle diz respeito à capacidade do terapeuta conseguir a colaboração do cliente para que o caminho traçado por eles seja percorrido. O terapeuta deve mostrar ao cliente as resistências que ele vier a apresentar, a fim de que elas sejam superadas para o bom desenvolvimento do processo.

O terapeuta deve ter uma vasta gama de conhecimentos, teóricos e práticos, a fim de realizar um bom atendimento, auxiliando o crescimento do cliente. Porém, se o cliente apresentar uma demanda na qual o terapeuta não se sinta capaz de ajudá-lo, esta incapacidade deve ser assumida e compartilhada abertamente com o cliente. Esta atitude do terapeuta é chamada por Fagan e Shepherd (1973, citados por Martín, 2008) de potência.

Por humanidade entende-se o modo de o terapeuta lidar com o cliente, na relação eu/tu e não eu/isso, já apresentadas neste trabalho. Ou seja, a capacidade de envolver-se com o que o cliente traz, demonstrando interesse, confirmando-o, acolhendo-o e apoiando-o, compartilhando seus próprios sentimentos, emoções, pensamentos, desde que estes contribuam para o bom andamento do processo psicoterápico (Fagan e Shepherd, 1973, citados em Martín, 2008).

A última característica do terapeuta, apresentada por Fagan e Shepherd (1973, citados em Martín, 2008) é o compromisso, que consiste na busca do terapeuta de aprimorar os seus conhecimentos teóricos, o autoconhecimento, ampliando “suas capacidades e treinamento para levar a bom termo uma terapia” (p. 192).

3.4. Técnicas em Gestalt Terapia

Conforme o que a Gestalt Terapia propõe, mais importante que falar sobre algo é experienciar, vivenciar esse algo. Para que este objetivo possa ser alcançado a Gestalt faz uso de uma vasta gama de experimentos (Rodrigues, 2008). Juliano (1999) explica que o experimento é o alicerce da aprendizagem através da vivência, porque mais do que falar sobre algo, a pessoa vai vivê-lo, pois através dessa vivência ocorre a ampliação da *awereness*, ou seja, entrar em contato com o meio que está inserido, de modo que suas possibilidades sejam ampliadas, facilitando seu equilíbrio.

O experimento então dá condições para que a pessoa amplie sua capacidade de visualizar, sentir, se envolver o mais completamente possível em sua situação presente. Em outras palavras, permite que a pessoa tenha uma compreensão maior de onde ela realmente está: “aqui” (Rodrigues, 2008, p. 85).

Os terapeutas gestálticos, conforme Juliano (1999) explica, fazem uso do experimento por meio de técnicas, as quais podem ter o objetivo de trazer à tona a figura, ou o fundo, conforme a necessidade do cliente. Uma das ferramentas citadas por este autor chama-se “diálogo com o pólo oposto” que consiste em promover o contato do cliente com a polaridade oposta do comportamento apresentado, a qual está sendo alienada por ele, levando-o, assim, a

transitar entre uma polaridade e outra, pra que ele tome consciência de aspectos de seu *self* que antes lhes eram ocultos ou desconhecidos. Martín (2008) descreve essa mesma técnica com o nome de “antítese ou representação de papéis”, na qual para trabalhar a polaridade oposta das características que o cliente apresenta, pede que ele represente papéis com características opostas as dele, desbloqueando assim a energia que estava latente. “Para a GT, o trabalho com as polaridades precisa ser integrado no contexto da pessoa, para que ela possa perceber qual o sentido do que está acontecendo na sua vida, como um todo, na qual faz parte o conflito pelo qual ela passa”. (Rodrigues, 2008 p. 106).

Juliano (1999) apresenta também uma ferramenta chamada “Sublinhando o Texto”. A técnica é aplicada quando o cliente está narrando algo e o terapeuta percebe que se trata de um conteúdo importante para ele, pois provocou alguma mudança em sua energia. O terapeuta, então, solicita que ele repita o trecho de sua fala que provocou tal mudança e que fique atento aos sentimentos evocados ao fazer a repetição. Martín (2008) cita uma técnica parecida, a qual denominou “Exagero”. Consiste em, pedir ao cliente que repita, de forma exagerada, movimentos involuntários praticados por ele e que, na maioria das vezes, faz de forma despercebida, realizados quando ele falava de algo que o mobilizou emocionalmente, para que seu verdadeiro significado venha à tona. Quando o comportamento foi puramente verbal, Martín (2008) pede que o cliente repita várias vezes o que foi dito de forma despercebida e rápida, caso haja necessidade, pede para que ele repita cada vez mais alto e com mais força, fazendo com que ele escute a si mesmo. Yontef (1998) utiliza esta mesma técnica, e ressalta que ela é terapêutica porque faz com que, sentimentos ocultos emirjam.

Juliano (1999) utiliza o recurso “completando frases” para ajudar o cliente a ficar *aware* de um conteúdo que está preste a vir à tona. Ele diz frases e pede para que o cliente as

complete com o que lhe vier à cabeça, sem pensar. Depois, solicita a ele a análise do resultado.

A técnica a qual Juliano (1999) denomina “Procurando a agenda oculta” é utilizada quando o cliente verbaliza algo e o terapeuta sente que este conteúdo não é verdadeiro, e o diz ao cliente. Desta maneira, pode contribuir para que um tema oculto seja revelado. Martín (2008) apresenta uma técnica semelhante que se chama: “você permite que eu lhe dê uma sentença ou sinalização”, que é usada justamente quando ele sente que há algo implícito no cliente, tanto na linguagem verbal quanto na não-verbal, após a permissão do cliente o terapeuta fala a respeito da sensação que está tendo e pede ao cliente para que repita sua ação ou fala, para se certificar se ela faz sentido ou não.

Juliano (1999) utiliza a técnica “Expressão do que está acontecendo com o terapeuta em seu contato com o cliente” para que o terapeuta possa expressar suas sensações, sentimentos, emoções, pensamentos que o contato com o cliente causaram nele, caso julgue conveniente para o processo psicoterápico. Yontef (1998) fala de uma técnica parecida na qual o terapeuta é incentivado a expor sentimentos e opiniões durante a terapia utilizando o pronome “eu”, compartilhando suas impressões com o cliente.

Em “Trabalhando com Sonhos, Imagens, Fantasias dirigidas, Metáforas e Histórias”, Juliano (1999) afirma que explorar tais recursos é importante para que partes conscientes e inconscientes do indivíduo possam se comunicar, para que possa emergir como figura aquilo que ele está querendo comunicar, proporcionando ao cliente entrar em contato mais pleno com partes ignoradas de si mesmo, evitando que este universo inconsciente emerja em forma de sintomas psicossomáticos, compulsões, neuroses, infelicidades.

“Ritual” é uma técnica utilizada para ampliar a consciência da figura atual, no sentido de torná-la mais nítida, por meio de uma atividade concreta, que é o próprio ritual, que deve

ter relação com a figura que precisa ser ampliada, como por exemplo, ritual de casamento, batizado, etc. (Juliano, 1999).

Uma das técnicas mais usadas na Gestalt Terapia é a técnica denominada por Martín (2008) de “Técnica do diálogo, da cadeira vazia ou da cadeira quente” que tem a finalidade de estabelecer um diálogo entre os opostos existentes no indivíduo, bem como, fazer com que o cliente entre em contato com as partes que são por ele negadas, alienadas. Desta forma estas partes poderão ser assimiladas e reintegradas ao seu *self*. Esta técnica também poderá ser usada para que se estabeleça um diálogo entre o cliente e alguma pessoa que tenha uma importância para ele e, com a qual tenha algum assunto pendente que, neste caso, se mistura com uma outra técnica também citada pelo mesmo autor, que é nomeada de “Assuntos Pendentes”. Caso esta pessoa, com a qual ele tenha assuntos pendentes já tiver morrido, permite-se que o cliente desabafe, exponha todos os sentimentos com relação a esta pessoa, para depois, despedir-se dela dentro do espaço terapêutico e, desta forma, fechar esta gestalt.

Ginger (2007) esclarece que em Gestalt os profissionais devem estar sempre atentos, voltados para todos os movimentos e gestos dos seus clientes, desde os menores e involuntários aos mais evidentes, uma vez que, tais expressões físicas, muitas vezes, revelam aspectos inconscientes do *self*. “Ele não perde de vista que o corpo é ao mesmo tempo expressão pessoal (sinto-me cansado) e linguagem ou comunicação interpessoal (eu lhe mostro que estou cansado)” (p. 129).

De acordo com o mesmo autor, a linguagem expressa pelo corpo através de sintomas passageiros ou crônicos, incluindo os psicossomáticos, é uma valiosa oportunidade para se iniciar um contato pleno e sincero com o cliente, utilizando a forma que o próprio cliente elegeu, não raro de maneira inconsciente, para que este contato ocorra que é o próprio sintoma. Neste caso Ginger (2007) utiliza-se da técnica semelhante a do exagero mencionada

acima, pedindo que o cliente tente sentir, vivenciar o seu sintoma de forma ampliada, e solicita a ele que exponha verbalmente qual o significado, quais os sentimentos que tal experiência suscitou, qual a figura que emergiu através da vivência desta amplificação do sintoma, ou seja, o cliente é estimulado a entrar verdadeiramente em contato com este sintoma a fim de entender a sua função no seu funcionamento, o que o cliente quer expressar, dizer através do mesmo. Caso contrário a tendência é de que o sintoma se agrave mais, "... de fato, se o corpo chama a nossa atenção e não o escutamos, ele tem a tendência de 'gritar' cada vez mais alto! A psicoterapia não visa 'encobrir' mas sim 'descobrir'" (p. 130). A partir da ampliação de um gesto, palavra, sintoma, alcança-se de forma progressiva uma ampliação da consciência.

O autor também chama a atenção para a importância da emoção no processo psicoterápico, por isto o trabalho corporal é muito importante, pois quando o corpo se movimenta ele mobiliza o sistema límbico dando vazão às emoções e associações. A emoção aliada à verbalização produz mudanças rápidas, significativas e duradouras, portanto não basta ser feito um trabalho emocional sem o mesmo ser partilhado verbalmente e, da mesma forma que, o trabalho verbal sem usar os ingredientes corporal e emocional não produzirá a eficácia pretendida. "Só a palavra não basta! Para que ela seja eficaz, é preciso que seja habitada: deve encarnar-se. Para atingir melhor o ser humano, o Verbo se fez carne... mas para gerenciá-lo, a carne se fez verbo!" (Ginger, 2007 p. 140).

Concluindo, Nascente e Carmo (1998) alerta para o erro de se usar a técnica sem que seja uma necessidade surgida no contexto terapêutico, pois o uso da técnica só terá êxito se brotar da relação dialógica entre terapeuta-cliente. Pois as técnicas são apenas parte integrante do trabalho, mas "não o contém na sua totalidade" (p. 77). Portanto, faz-se necessário se deixar conduzir pelo contexto psicoterápico que irá indicar o momento exato para o uso da

técnica e a hora de priorizar o diálogo "... e assim vai seguindo o nosso tecer conjunto. Ora mais colorido, ora mais pálido, levando-se em conta sempre a natureza do que está sendo tecido, que traduz a singularidade de cada encontro". (p. 78)

3.5. Relação terapeuta-cliente

De acordo com Levitsky e Perls (1970, citados em Hycner, 1995), a base da Gestalt-Terapia está no aqui-e-agora e na relação eu-tu. Tenório (2003) esclarece que o foco no aqui-e-agora tem como meta fechar a gestalt com uma situação do passado que ficou incompleta e fica voltando constantemente como figura, como também com um estado de paralisação diante de questões que precisam ser resolvidas, realizadas e o indivíduo permanece apenas nos planos e não as concretiza. Hycner (1995) explica a relação eu-tu como uma interação em que o terapeuta está com sua atenção inteiramente voltada para o cliente – com suas emoções, sentimentos, experiência – ou seja, a pessoa do terapeuta está verdadeiramente presente. Rodrigues (2008) diz que durante a relação eu/tu, os mundos do terapeuta e do cliente se interagem de tal forma que se tornam uma unidade em favor da prioridade psicoterápica do momento.

A gestalt é principalmente uma postura diante da vida, que implica um contato vivo com o mundo, com a pessoa do outro, na sua singularidade, sem pré-concepção de qualquer ordem. Esse contato apóia-se sobre a vivência, na experiência de primeira mão, no aqui-e-agora, o que estimula uma presença constante e atenta, com ênfase na percepção sensorial; focaliza o fluxo e a direção da energia corporal. (Juliano, 1999, P. 25).

Desse modo, o cliente não é um objeto de análise, mas sim uma pessoa com aspectos únicos que é respeitada em sua singularidade e valorizada por ser o que é. Caso não o fosse, a relação estabelecida não seria eu/tu e sim eu/isso, conforme Hycner (1995). O mesmo autor continua, dizendo que o terapeuta não analisa, mas sim participa do processo do cliente. Faz-se importante, porém, ressaltar que apesar de próximo do cliente, o terapeuta se vê separado dele; é uma relação onde está presente o “nós”, porém o “eu” – a individualidade – de cada um é preservada. Rodrigues (2008), indo ao encontro desta idéia, esclarece que na Gestalt-Terapia não há a preocupação do terapeuta em se manter isento, distante, frio e objetivo na relação com o cliente, mas ao contrário, ele se envolve com ele no sentido de vivenciar o seu mundo. A isto o autor chama de “implicação do terapeuta” (p. 155).

A relação eu-tu acontece de forma espontânea. Trata-se de um encontro que acontece entre duas pessoas, o qual não pode ser forçado. Para que o mesmo ocorra e seja verdadeiro, é necessário que ambos, cliente e terapeuta estejam disponíveis um para o outro: “O tu me encontra pela graça e não é encontrado pela procura” (Buber, 1923/1958b, p. 11, citado em Hycner, 1995, p. 24). Vale ressaltar que este encontro não é permanente: ele se dá, cumpre seus objetivos – seus participantes compartilham suas vivências, de modo que isto sirva para a satisfação da necessidade do cliente e o alcance de sua homeostase – depois se desfaz, portanto, é necessário aceitar “... o encanto de sua chegada e a nostalgia solene de sua partida...” (Buber, 1923/1958b, p. 33, citado em Hycner, 2008, p. 24).

O encontro genuíno entre terapeuta e cliente que se dá na relação eu/tu ocorre no “entre”. Para Hycner, o “entre” é “aquele reino indescritível, que é maior que a soma de duas ou mais identidades. É o ponto de contato além das nossas identidades individuais” (p. 26). Sendo assim, o “entre” é o espaço no qual os indivíduos estão simultaneamente separados e em relação – ou seja, têm suas individualidades preservadas apesar de, formarem uma

unidade. É um todo maior que a soma das partes. Buber (1965a, p. 204, citado em Hycner, 1995, p. 25) descreve o “entre” como: “do lado de lá do subjetivo, do lado de cá do objetivo, na vereda estreita onde EU e TU nos encontramos, aí fica o reino do entre”.

Com base na relação eu/tu, pode-se afirmar que a Gestalt-Terapia é uma abordagem dialógica. Segundo esta perspectiva, o terapeuta é aquele que se coloca à disposição da relação, deixando que sua individualidade dê lugar ao encontro genuíno com o cliente que se dá no “entre” (Hycner, 1995). Sendo assim, a teoria é apenas o pano de fundo na terapia, e o terapeuta se arrisca e vai ao encontro do desconhecido. Ele deve estabelecer contato com o cliente, em seu nível de desenvolvimento psicológico, “e trabalhar para ajudá-lo a ter uma postura relacional mais saudável com o mundo” (Hycner, 1995, p. 70).

Yontef (1998) sinaliza para a importância de o terapeuta, na relação com o cliente, estar *aware* de suas reações e ter total responsabilidade sobre elas, pois para se estabelecer esta relação de diálogo é de suma importância conhecer-se e perceber quando tais reações aparecem, a fim de não atribuir ao outro, coisas que lhe são próprias de forma a afetar negativamente o processo terapêutico.

Buber (1965b, citado em Hycner, 1995) diz que é preciso que o terapeuta pratique a inclusão, a qual ele define como a habilidade de entrar na vida do outro. É mais que ser empático, pois, mais do que se colocar no lugar do cliente ou tentar ver o mundo com os olhos dele, o terapeuta deve experienciar o que o cliente está experienciando, é entrar verdadeiramente no mundo do outro, sendo capaz de transitar entre seu mundo e o mundo dele.

Com referência ao mesmo autor, a base da psicoterapia dialógica é a confirmação, bem como, a origem de toda a psicopatologia é a falta desta mesma confirmação, que o indivíduo experimenta em todo o seu processo de desenvolvimento. Ou seja, quando não se tem a con

firmação do outro, passa-se a representar papéis, agir de forma a agradar o outro para, assim, obter dele aprovação. Este reconhecimento obtido através desta forma de funcionar, mesmo que camuflada, torna-se preferível à total falta de reconhecimento.

Conseqüentemente, que o cliente sinta-se confirmado pelo terapeuta é o alicerce firme da terapia; situação que proporciona uma oportunidade única para receber a “bênção”. Como resultado, a terapia pode se tornar o protótipo para que a pessoa seja confirmada em outras situações. (Hycner, 1995 p. 61).

Os terapeutas devem ter a capacidade de ouvir o pedido de socorro emitido pelo cliente, mantendo com o mesmo uma relação genuína, onde impere o respeito à sua singularidade para que ele possa recuperar a sua capacidade de fazer interações e trocas nutritivas com o meio (Frazão, 1997).

Trata-se de um processo de restauração da *awareness* com vistas a possibilitar contato de boa qualidade, através do que nosso universo perceptual e emocional poderá se reorganizar e o processo de formação e destruição de “*Gestalten*” retomar sua fluidez, flexibilidade e criatividade, possibilitando que a interação com o meio seja nutritiva. (p. 70).

Trub (1952/1964, citado em Hycner, 1995) defendia que através da psicoterapia dialógica, o terapeuta tem uma visão ampla de todo o processo, para em seguida, identificar e trabalhar com os conflitos intrapsíquicos, que afetam negativamente o contato com o outro. Portanto, existem na terapia dois momentos distintos, um, onde a direção se dá para a relação “interpessoal-dialógica”, que é a própria relação terapeuta-cliente, e outro direcionado à relação “intrapésquica-dialética”. A relação sincera favorece o entendimento dos conflitos intrapsíquicos do *self* do cliente, bem como da relação terapeuta-cliente. “... Dentro dessa

relação, cliente e terapeuta podem explorar aquilo que o cliente experiencia conscientemente versus aquilo que ele faz inconscientemente...” (p. 72).

Desta maneira, Juliano (1999) escreve que, a partir da relação dialógica o terapeuta poderá ter uma visão geral a respeito do funcionamento do cliente, percebe o seu padrão comportamental, faz uma leitura do mundo dessa pessoa, para assim, estabelecer o melhor trabalho a ser desenvolvido.

Faz-se importante realçar que, independente do conflito que o cliente esteja vivendo, essa experiência deve ser respeitada. As formas de desrespeitar o indivíduo dentro da relação terapêutica deve ser foco de constante preocupação por parte do terapeuta, caso contrário, poderá incorrer no erro de usar uma delas causando prejuízos a quem vem buscar ajuda. Martín (2008) chama atenção para o cuidado que se deve ter em não julgar, evitar resolver algo pelo cliente com o propósito de ajudá-lo, bem como, criar deveres e obrigações em seus clientes, pois ao fazê-lo, tornará o cliente um manipulador de suas próprias experiências no intuito de satisfazer o que diz o terapeuta, impedindo que o cliente seja autor de sua própria história.

Portanto, na análise dos dados da pesquisa será verificado, através das entrevistas realizadas com as portadoras de fibromialgia, se as mesmas apresentam repertórios de comportamentos que indiquem aspectos de interrupção de contato, com predominância na abertura ou no fechamento da fronteira de contato, bem como, a existência de um prejuízo na ampliação da consciência das mesmas. Da mesma forma, com a postura humanista do terapeuta, será proposto um tratamento mais adequado, ou uma forma diferenciada de se olhar a fibromiálgica sob o enfoque Gestáltico.

CAPÍTULO IV

Metodologia da Pesquisa

4.1. Epistemologia Qualitativa

No presente trabalho foi utilizada a metodologia de pesquisa qualitativa, pois o mesmo buscou compreender não apenas os aspectos físicos da doença, mas todo o sofrimento existente por trás dela, ou seja, o sofrimento psíquico em decorrência do sofrimento físico. Para tanto, a singularidade de cada pessoa entrevistada foi levada em consideração, buscando entendê-las dentro da sua realidade, dentro do contexto ao qual pertencem. E, desta forma, foi usada a metodologia qualitativa proposta por González Rey (2005), na qual, o próprio momento da pesquisa é considerado como uma contínua construção, produção de idéias, de conhecimento. Pode-se dizer que se trata de uma metodologia altamente construtiva, ou seja, através dela há uma prerrogativa de uma nova teoria ser produzida e de se construir novos modelos teóricos, os quais, através de uma outra metodologia mais objetiva, não teriam a mesma possibilidade de observação e acesso.

O objeto da pesquisa qualitativa é a subjetividade, que é a produção de um sistema abrangente de significações e sentidos subjetivos que se formam dentro da cultura à qual o indivíduo pertence. Esta subjetividade é marcada, definida de forma totalmente diferente dos demais elementos que se formam dentro da cultura no processo de seu desenvolvimento. É algo muito próprio, é uma construção que é própria de cada um e que se dá pela relação, pela experiência de troca, de convivência e de atuação no meio ao qual está inserido. Faz-se importante ressaltar que esse sistema une, concomitantemente, as subjetividades social e

individual, ou seja, ao mesmo tempo em que o indivíduo é parte constitutiva da subjetividade social, ele, de forma análoga, se forma, se constitui subjetivamente nela (González Rey 2002).

Pode-se afirmar então, conforme nos escreve González Rey (1997; 1999) que não se trata de uma investigação estática, pois na mesma, está constantemente, presente a criatividade do investigador, bem como, a subjetividade do entrevistado que faz com que o problema mude de sentido, o que caracteriza seu caráter aberto. Como o objeto de estudo da epistemologia qualitativa é a subjetividade, no processo de construção do conhecimento a individualidade se torna essencial, e esta individualidade, singularidade é constituída por aspectos sociais e individuais, os quais formam a unidade de sua subjetividade. Por isto, em vez de dados amostrais, a epistemologia qualitativa utiliza-se de dados qualitativos que tenham relação com o problema a ser investigado. Para se realizar tal investigação pode ser usado vários recursos. Nesta pesquisa, em particular, foi utilizada a entrevista semi-estruturada, com perguntas abertas.

A epistemologia qualitativa contém três elementos básicos, os quais trazem importantes conseqüências metodológicas para a pesquisa, a saber: o conhecimento como uma produção construtiva-interpretativa; o caráter interativo do processo de produção do conhecimento; a significação da singularidade como nível legítimo da produção do conhecimento (González Rey, 2002).

Conforme o mesmo autor, o conhecimento como uma produção construtiva-interpretativa se caracteriza, se evidencia, pela soma da construção de conhecimento que o pesquisador adquire através das informações obtidas, mais as comprovações empíricas isoladas obtidas por ele, relacionadas ao colaborador, ao sujeito estudado. Esta junção terá sentido em relação às construções tanto do entrevistador, pesquisador, como do pesquisado.

Portanto, o conhecimento se constituirá plenamente somente através desta união das construções de todos os elementos envolvidos no processo de pesquisa. Por conseguinte, o pesquisador terá condições de interpretar as informações do sujeito de pesquisa, por meio da atribuição de significados que ele dará, às formas únicas, singulares que o sujeito de pesquisa tem de se expressar.

O caráter interativo do processo de produção do conhecimento acontece através da interação do pesquisador e do sujeito, por meio do diálogo na pesquisa, a qual gera as condições ideais para que o trabalho se desenvolva. É na interação que acontece a produção de conhecimento, na qual os processos de comunicação formarão novos significados. É importante ressaltar que todos os momentos da interação são relevantes para a produção teórica, inclusive os imprevistos.

E, por fim, tem-se a significação da singularidade como nível legítimo da produção do conhecimento, que González Rey (2002) define como fundamental para a epistemologia qualitativa. Onde o indivíduo pesquisado é visto como um ser singular, único, é um sujeito que tem capacidade de junto com o pesquisador, produzir formas, meios que estimulem, gerem conhecimento relativo ao assunto que está sendo pesquisado. Quando se fala em singularidade é o mesmo que ressaltar o valor da forma distinta, única da constituição subjetiva do sujeito. Ou seja, ele é considerado tal como é, único, singular, é visto e valorizado, de forma diferenciada, sendo respeitado como parte integrante e essencial no processo de produção do conhecimento.

Como já foi dito, o método utilizado para a coleta de dados foi a entrevista semi-estruturada, com perguntas abertas, pois é o método que melhor se adequa ao objeto de estudo e à metodologia qualitativa, que procura ver e entender o sofrimento através da subjetividade de cada um em particular sem fazer generalizações ou naturalizações do sofrer constante

passado pelas entrevistadas. Observa-se que são fatores de grande relevância na metodologia qualitativa, na construção de conhecimento bem como, na garantia da fidedignidade e qualidade das informações obtidas, a utilização de entrevista gravada, como também, o nível de envolvimento, de interação emocional entre o entrevistador e o entrevistado. Uma vez que, de acordo com González Rey (1997), o objeto de estudo da psicologia sendo um ser que é possuidor de um sistema de signos, de uma linguagem toda particular, a qual representa uma ferramenta de valor primordial para que o indivíduo se expresse, a possibilidade de investigação do homem, do sujeito, só terá pleno êxito através da participação ativa do mesmo, do comprometimento afetivo que ele terá com o assunto em estudo. Só assim, a sua expressão irá alcançar, de forma gradativa a completude essencial para a construção de conhecimento psicológico.

Portanto, no modelo qualitativo de pesquisa, entrevistador e entrevistado se relaciona informalmente, num diálogo espontâneo e aberto, ou seja, há um verdadeiro envolvimento entre os dois, no sentido de haver uma relação concreta. O entrevistador não assume uma postura de alguém que está fora do processo, mas sim de alguém que faz parte deste processo. Ele irá estabelecer uma forma de realizar a entrevista com comprometimento, a partir da sua própria subjetividade e das sensações que irão surgir no contexto da pesquisa e não através de perguntas fechadas que não permitem a possibilidade de relatos mais completos, singulares e representativos da subjetividade individual do sujeito.

Como toda pesquisa, que tenha participação de humanos exige, foi elaborado um projeto de pesquisa, o qual foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa desta Instituição, conforme memorando (anexo I) emitido pelo mesmo.

4.2. Materiais Utilizados

Os materiais utilizados foram roteiro de perguntas semi-estruturadas, folhas para anotações, caneta e gravador de áudio, bem como, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo II).

4.3. O Cenário da Pesquisa e Coleta de Dados

As entrevistas foram realizadas nas residências das colaboradoras, em data e horário previamente marcados de acordo com a disponibilidade das mesmas. Foi feita uma entrevista, apenas, por dia e elas ocorreram entre os dias trinta de março e quinze de abril do presente ano. A coleta de dados se deu através de entrevista semi-estruturada com perguntas abertas, (Anexo III), previamente elaboradas pela pesquisadora juntamente com a orientadora do projeto de pesquisa. Cada entrevista teve duração de, aproximadamente duas horas, onde houve uma grande interação entre as partes envolvidas, facilitando, desta forma, o processo de obtenção de informações relevantes para a realização do trabalho. Todas as entrevistas foram gravadas e, posteriormente, transcritas para garantir uma maior fidedignidade das informações prestadas. Vale ressaltar que todo o processo foi previamente explicado e aceito pelos sujeitos de pesquisa que concordaram com os termos da mesma, registrando esta concordância através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias, ficando uma via com a participante e outra com a entrevistadora.

4.4. Sujeitos da Pesquisa

As entrevistas foram realizadas com quatro mulheres portadoras da Fibromialgia, com idades entre 44 e 49 anos escolhidas dentre conhecidas da pesquisadora e que já haviam manifestado interesse na participação da pesquisa. As mesmas foram identificadas por duas letras maiúsculas, que compõem partes dos nomes das mesmas, uma vez que, foi garantido a elas o total sigilo e a não divulgação dos seus nomes, bem como do material coletado conforme consta no projeto de pesquisa como, também, no Termo de Consentimento Livre e esclarecido.

A primeira entrevistada, identificada como MC, tem 48 anos, é funcionária pública, teve o diagnóstico de fibromialgia confirmado desde 2004, faz acompanhamento com reumatologista e tratamento medicamentoso com antidepressivo, relaxante muscular, ansiolítico, já fez tratamento psicoterápico, porém no momento não está fazendo. É casada e mãe de três filhos.

A segunda entrevistada, identificada como FA, tem 49 anos, é funcionária pública, teve o diagnóstico de fibromialgia confirmado desde 2001, faz acompanhamento com reumatologista e tratamento medicamentoso com antidepressivo, relaxante muscular, ansiolítico, fez psicoterapia por um tempo parou e está retomando o tratamento psicoterápico, é casada e mãe de três filhos.

A terceira entrevistada, identificada como AB, tem 44, é funcionária pública, teve o diagnóstico de fibromialgia confirmado desde 2001, faz acompanhamento com reumatologista e tratamento medicamentoso com antidepressivo e relaxante muscular, fez psicoterapia por seis meses em 2004, mas hoje não faz acompanhamento psicoterápico, é casada e mãe de três filhos.

A quarta entrevistada, identificada como MA tem 49 anos, é dona de casa, teve o diagnóstico de fibromialgia confirmado desde 2005, fez acompanhamento com reumatologista e medicamentoso até dois meses atrás e recebeu alta do mesmo, bem como, fez acompanhamento psicoterápico por seis meses e também já recebeu alta há uma semana, afirma que controla suas dores com massagens e que tem sempre lexotam em sua bolsa para o caso de ter que passar por uma situação de intenso estress. É casada e mãe de dois filhos.

CAPÍTULO V

Análise de Dados e Discussão dos Resultados

5.1. Análise dos Dados

À luz de tudo o que foi abordado nos capítulos I, II e III deste trabalho os dados serão analisados a fim de mostrar, ou não, coerência com a literatura abordada nos capítulos citados e a partir daí proceder a discussão dos resultados.

Conforme escreve Turato (2003), existem várias técnicas de se proceder uma análise de dados e que, poderão existir quantas outras forem criadas pelos pesquisadores e necessárias para os mesmos alcançarem uma melhor e mais verdadeira interpretação das informações coletadas. Para o autor a análise de conteúdo é a:

Explicação do sentido contido num documento e/ou modo em que pode ser transformado com finalidade de oferecer um significado, tendo em conta palavras pré-escolhidas pelo locutor, frequência de recorrência de certos termos, aparato e andamento do discurso (p. 440).

Como nos explica o autor, a análise de conteúdo deve passar, primeiramente, pela leitura flutuante, ou seja, uma leitura onde devem ser suspensas todas as motivações já existentes para o processo da mesma. Trata-se de: "estabelecer contato com os documentos a analisar e em conhecer o texto deixando-se invadir por impressões e orientações" (Bardin, 1995; p. 96 citado em Turato, 2003; p. 444). Onde a análise não se conforme apenas com o que está explícito, claro, óbvio, mas também, se volte para o que se apresenta contraditório, implícito, investindo, inclusive, no que não foi dito.

Em seguida, conforme orienta Turato (2003), parte-se para a categorização de tópicos emergentes, segundo critérios de relevância e de repetição. No critério de repetição leva-se em conta a investigação do que cada um dos sujeitos de pesquisa tem em comum com os outros. Já no de relevância, prioriza-se uma fala, que, mesmo que não tenha sido objeto de repetição em todo o material coletado, mas que tenha grande valia de conteúdo, que possa confirmar ou descartar hipóteses iniciais da pesquisa.

5.1.1. Categorias

Categoria I: Sintomas da fibromialgia

Em todas as colaboradoras desta pesquisa pode ser verificada a existência, conforme a fala das mesmas, bem como, através de gestos e expressões faciais de alguns dos sintomas descritos no primeiro capítulo deste trabalho, tais como: dores espalhadas pelo corpo, dificuldades para dormir, perda da memória, depressão e cefaléia. Conforme pode ser verificado pelos trechos das entrevistas transcritos a seguir.

Dores espalhadas pelo corpo - MC afirma que: (...) *eu falava só pode ser coluna, não tem sentido tanta dor, fazia massagem e só piorava né? (...) Por exemplo, se eu te falar que não sinto dores agora eu estou mentindo, as articulações da mão doendo, dos dedos, a coluna, o ombro, a nuca, entendeu? (...)*. FA declara: (...) *e assim antes eu sentia mais nos braços, só na parte superior e agora não, agora dói o corpo inteiro, todas as juntas são doloridas, tudo, tudo em mim dói (...)*. AB diz: *Querendo ou não eu reclamo o tempo inteiro, as pessoas me perguntam o que eu to sentindo, se eu to bem, eu respondo estou com dor, só não dói o cabelo porque o resto. E MA fala: (...) porque era tanta dor, sabe, muita dor (...)*.

Dificuldades para dormir - No relato de MC encontramos: (...) *o sono totalmente, é, é, é, como que fala, perturbado, não descansa*. FA diz (...) *e remédio pra dormir, porque eu tinha insônia e mesmo dormindo eu acordava sempre cansada*. AB fala: (...) *de como não conseguia dormir, nem tinha ânimo pra nada* (...). MA afirma: (...) *não conseguia dormir direito* (...).

Perda da memória - MC relata: (...) *porque eu to muito esquecida, extremamente esquecida a ponto de não, hoje eu fui escrever quinhentos e não consegui... Nossa esquecimento é grande, não consigo gravar, falo com a pessoa, daqui cinco minutos eu não sei* (...). FA diz que (...) *Aí tem uma coisa também, que eu, eu não sei assim se é da fibromialgia, é a memória, eu sei que isso, a minha ta muito curta e..., agora se tem uma coisa que me incomoda é isso* (...). AB fala: *Outra limitação é a falta de memória, como eu to tendo dificuldade pra lembrar das coisas! Eu não consigo gravar mais números de telefone, às vezes to conversando e as palavras me faltam* (...). MA afirma: *É a memória, eu ando muito esquecida*.

Depressão - MC nos dá um relato muito dramático e que mostra o quanto a depressão dela estava acentuada: (...) *Teve um dia que eu tava assim, mas tão aborrecida, tão desesperada, que eu olhei aquele, aquela, aquele viaduto ali, né, antes de chegar na, na, na, no buraco do tatu ali, eu falei - nossa! Isso aqui ta ótimo pá dá um pulo, sabe assim, de ter vontade mesmo, de, de, de dar cabo da vida*. (...) FA reclama de não ter a atenção que gostaria quando está deprimida: (...) *às vezes assim, que eu, que eu entro em depressão, começo a entrar em depressão, e assim, as pessoas não entende, simplesmente, assim, simplesmente em vez de i lá perguntar o que que eu tenho, se eu to precisano de uma coisa, não, também me isolam* (...). AB diz que durante a gravidez (...) *chorava o tempo inteiro, não conseguia dormir direito, acordava de madrugada e ia pra sala chorar* (...). E hoje ela afirma: (...) *Hoje*

eu só tenho vontade de ficar em casa, não tenho muito ânimo pra sair, adoro ficar prostrada sem fazer nada, tem dias que a vontade que eu tenho é de não sair da cama. Já MA teve o diagnóstico de depressão antes do diagnóstico da fibromialgia e o relato dela, a respeito da depressão, é o seguinte: (...) *Eu entrei em depressão, era uma tristeza, uma vontade de ficar só em casa, nada tinha graça (...).*

Cefaléia - MC traz o seguinte relato sobre este sintoma acrescentando a este um outro que é a irritabilidade, a falta de paciência: (...) *Dor de cabeça, nossa eu, eu sinto, é, assim, sinto muita dor de cabeça e fico muito impaciente, é muito ruim sentir tanta dor.* FA diz: (...) *Tem também a dor de cabeça que me atrapalha muito, porque quando ela vem, parece que não vai passar nunca e eu fico desorientada com tanta dor.* AB a este respeito relata: (...) *Até dor de cabeça que eu não sabia o que que era, hoje eu tenho muita, é uma dor aterrorizante.* E MA afirma (...) *sentia muita dor de cabeça (...).*

A participante MC apresentou, além dos sintomas já mencionados, uma grande rigidez muscular onde ela diz que não consegue relaxar em várias situações do dia-a-dia como: (...) *Eu tenciono, eu tenciono tanto, no carro, o macarrão da hidro. Outro dia eu andando com minha filha segurando sua mão, eu apertei tanto a sua mão que ela teve que gritar... mas era involuntário, eu não percebo que to apertando, é uma tensão constante, eu não consigo relaxar. Eu ando de carro, eu seguro tanto naquele negócio, não sei como que não quebra... aqui o maxilar dói tanto que, dependendo da situação, de onde eu estiver, eu prendo tanto os dentes que depois fica difícil até de mastigar (...).* Esta participante também mencionou outro sintoma que é o inchaço (...) *eu toda inchada, toda né demaciada (...).*

Já a colaboradora FA, através de seus relatos, nos mostrou que apresenta um outro sintoma característico da fibromialgia e que, no caso dela, foi o primeiro a se verificar, que é a dormência: (...) *Eu não dormia à noite com dormência no braço, nos braços e, quando eu*

*chegava pra trabalhar também, quando eu começava a trabalhar os dedos ficavam duros e eu não conseguia segurar as coisas (...). Verifica-se aí também a rigidez matinal. Ambas, FA e MC, também apresentaram os fibromas que são os nódulos doloridos, os quais não se formam, necessariamente, nos mesmos lugares dos *tender points*. FA relata: (...) *eu tinha uns nódulos nas costas, e quando colocava as agulhas (da acupuntura) nesses nódulos eu gritava mesmo (...)*. MC também fala dos fibromas em sua entrevista: (...) *ela ia nos fibromas, fazia infiltração, foi uma época assim, foi uma época boa, uma época que eu tive alívio (...)*.*

As participantes MC, AB e MA, relataram, também, ter dificuldades nas relações sexuais com seus parceiros. MC diz: (...) *E na sexualidade também tem sido muito difícil né? Pra mim é como se sexo não precisasse existir, a libido praticamente não existe e eu sinto uma dor enorme, a sensação é de que eu estou sendo rasgada, é, é, como se minhas pernas estivessem sendo rasgadas (...)*. AB fala: (...) *A fibromialgia me atrapalha no meu relacionamento sexual com meu marido, mesmo no período fértil que a libido ta mais, é maior, ta mais acentuada, eu prefiro dormir do que ter que ficar até mais tarde acordada devido à relação sexual (...)*. MA também apresentou tal dificuldade quando falou: (...) *Por mim eu ficava até um mês sem ter, sem fazer sexo com ele (...)*.

Categoria II: Auto-exigência, Perfeccionismo

Tal afirmação pôde ser evidenciada no relato de MC quando disse (...) *Isso. Eu nunca, eu não gosto de esperar pelos outros, eu, eu gosto de fazer, de ver a coisa pronta (...)* e outro trecho da entrevista em que ela fala: (...) *eu precisava ser a melhor em tudo, a melhor na escola, é, é, a melhor nos afazeres é, é, domésticos (...)*. FA demonstra possuir, também, esta característica ao declarar: (...) *É uma coisa que eu sempre gostei de fazer, eu nunca suportei*

casa desarrumada, suja, eu sempre gostei de deixar tudo sempre limpo (...). E AB fala que: (...) acho que sinto mais raiva de mim, por, por ter cedido a toda essa situação, por muito tempo eu tive dificuldade de me perdoar por tudo o que aconteceu, eu sempre me achei muito segura, acima do bem e do mal e sempre critiquei quem fazia o que eu fiz, sempre fui muito certinha (...).

Categoria III: Sofrimento psíquico em virtude da desqualificação do sofrimento físico

Todos os sofrimentos psíquicos, resultantes da dor física, característicos dos portadores de fibromialgia, abordados neste trabalho, bem como, toda a falta de confirmação e desqualificação do sofrimento pelos quais eles passam, foram evidenciados nos relatos das colaboradoras, como será descrito a seguir:

MC declara (...) E, e agora, hoje eu continuo sendo aquela pessoa dinâmica, mas limitada e aí é que eu sofro mais, porque a minha cabeça fica um turbilhão (...) Porque eu, eu, eu ficava louca, eu ligava pro Padre X, Padre vem aqui, eu não to agüentando...a gente conversava, conversava, eu chorava, sabe, eu pensava que eu fosse enlouquecer (...) se eu estou de atestado médico, essa matrícula aqui está de atestado médico, ninguém liga, ninguém pergunta, ninguém quer saber...eu entrava lá pra levar atestado, nem a cabeça a chefe levantava pra olhar na minha cara (...). A situação é muito triste... você ta sentindo dor, afeta muito o relacionamento com as pessoas... nossa para de falar que ta sentindo dor, sabe? Para de falar, você fala isso toda hora, para de murmurar (...).

FA diz em seus relatos que: Eu acho que não faz diferença nenhuma não,... me vêem da mesma forma como antes, como se eu não sentisse nada, como se eu não tivesse nenhuma limitação (...) começo a entrar em depressão, e assim, as pessoas não entende, simplesmente,

assim, simplesmente em vez de ir lá perguntar o que eu tenho... não também me isolam, então, ali eu entro e saio e ninguém percebe (...) dessa parte eu sinto falta, do apoio, da compreensão deles (...) muitas vezes eu me sinto muito sozinha, desamparada. É muito difícil (...). Eu não gosto de sentir dor, eu queria ser normal de novo (...).

AB mostrou seu sofrimento dizendo: *Como preguiçosa como aquela pessoa que fica inventando que tá doente...As pessoas não entendem como uma coisa que não é visível e que não é mostrada por exames pode te incapacitar tanto (...). A dor de não ter disposição de ser sempre aquela que não tem ânimo, que não tem disposição, principalmente pra acompanhar meus filhos nas brincadeiras, por ser uma mãe ausente (...). A fibromialgia te limita tanto fisicamente quanto emocionalmente, é como se você funcionasse apenas com 40% ou menos de sua capacidade intelectual, física e emocional (...).*

Já MA manifestou seus sofrimentos através destas falas: *Ah! Assim, pelo meu marido, ele ficou assim, sem entender, ele me criticava, falava que era preguiça, porque ele sempre, ele tava acostumado a ter uma Amélia em casa né? (...) Assim, é muito difícil, porque ninguém entende que você tem alguma coisa, as pessoas te vê, aparentemente, bem e não acredita que a dor é tanta (...).*

Categoria IV: Características de comportamento nas relações interpessoais

Submissão - Na fala de MC pode-se perceber o quanto a mesma se cobra, afirmando que tem que ser e agir sempre com responsabilidade como algo que lhe foi dado como o correto a fazer: *(...) Ah! Porque é isso que todo mundo espera de mim... se eu me propus a fazer algo eu vou até o fim, custe o que custar. Eu sempre aprendi isso, que a gente tem que ter responsabilidade (...). Ao mesmo tempo em que afirma que, mesmo sentindo dores e falta*

de libido, mantém relação sexual com o marido afirmando que é sua obrigação: (...) *Faço, faz parte da minha obrigação de esposa. Meu marido não tem culpa da minha dor.*

FA demonstra através da sua fala que quem deixa de fazer o que deve é considerado inútil: (...) *às vezes eu faço qualquer coisa mesmo e fico doente, mas eu não tenho coragem de falar que eu não posso fazer porque assim é como se você se sentisse inútil no seu trabalho, se você não faz, você é uma inútil (...).*

Pode-se evidenciar, através da fala de AB, que a mesma apresenta, quando relata algumas situações vividas, uma total submissão às regras e normas: (...) *Eu fui criada pra casar, eu sempre ouvi que trair é errado e sempre me senti segura, sempre achei que comigo isso nunca ia acontecer.* Neste outro trecho ela fala da imagem que ela tem certeza que os filhos têm dela como algo que contradiz ao que é correto: (...) *porque a imagem que eles têm de mim é de uma mãe totalmente sem energia, que não brinca, que não tem paciência que só quer ficar deitada, quieta (...)* E que ela própria tem de si mesma: (...) *não tenho brilho, sou apagada, sem vigor.* Em outros dois trechos da entrevista ela deixa bem claro a dificuldade de tomar uma decisão frente ao que sentia e, que estava em desacordo com o que aprendera ser correto: (...) *Eu entrei em conflito, fiquei totalmente dividida, muito dividida. Queria por tudo viver aquela paixão, mas tinha certeza que a gravidez foi um sinal de Deus para me afastar dele e continuar meu casamento (...).* Um outro trecho continua mostrando o desenrolar desse conflito: (...) *Durante todo o resguardo eu chorava muito e me culpava muito por amar outra pessoa com um marido tão bom, tão atencioso do meu lado (...).* E como ela mesma relatou este conflito continuou: (...) *A paixão continuava e eu levava uma vida dupla, era casada com um e namorada de outro. Não conseguia me desfazer dessa paixão, apesar de ter certeza de que meu casamento era muito mais importante pra mim.*

Dificuldade de Expressar os sentimentos - Um outro relato interessante é o de que sempre foi vista pela família como perfeita: (...) *eu sempre fui considerada na minha família, assim, por meu pai, por meus irmãos, sempre, é eles me viram como a melhor filha, a melhor irmã, eu não gosto de ser vista agora como aquela pessoa que não consegue trabalhar.* Outro trecho interessante é quando ela diz que aprendeu a não chorar por qualquer coisa: (...) *É, acho que é a criação, assim a gente não podia nem chorar, assim, antigamente era, meu pai ganhava pouco, muitas vezes a gente não tinha nem o que comer direito, então a gente não podia ficar chorando por qualquer coisa, tinha coisa mais importante pra preocupar.*

Fechamento por medo de ferir e ser ferida: MC, em seu relato, deixa claro este medo. Pode-se verificar isso quando a mesma diz: (...) *Eu... é complicado, a gente muitas vezes deixa de falar pra não magoar as pessoas, eu sempre fui assim, eu prefiro guardar tudo, prefiro sofrer calada do que magoar o outro (...);* neste outro relato também pode-se perceber o medo da mesma magoar ou ter um desentendimento com o outro: (...) *Não, eu não pedi, eu mesma fui, eu não queria ter é, ter mais um desentendimento com ele (...);* neste trecho da entrevista ela deixa claro o fechamento, a não expressão das emoções no ambiente de trabalho, dizendo: (...) *Olha, no trabalho, é, é assim, eu, eu prefiro me, me, é como se eu fosse entrando num casulo, sabe, eu não falo, não comento, se as pessoas me vêem e não perguntam, eu também, sabe, é como se eu quisesse me esconder mesmo, não converso. Eu toda vida fui muito fechada;* e na infância e adolescência ela sempre exigiu muito dela mesma achando que devia ser a melhor em tudo, para poder retribuir aos parentes a oportunidade que estava tendo de estudar e acrescenta: *Por isso, eu...cresci sempre tendo que, que ser forte. Então eu, eu, não gosto de incomodar os outros com as minhas dores, eu prefiro, muitas vezes fingir, é, é, me calar, me fechar.*

FA também apresenta uma característica de quem se fecha, inibe suas emoções para não magoar o outro, não criar conflito, quando afirma: (...) *depois disso, eu parei de reclamar, parei de falar, faço o meu serviço. Não me sinto bem em falar por causa da reação das pessoas, eu posso tá sentindo a dor que tiver, mas eu não falo nada pra ninguém.* Através de outra fala, ela diz que sempre guardava o seu sentimento pra si mesma: (...) *eu sempre fui muito fechada, nunca gostei de me abrir com ninguém, nunca é, falava muito o que eu tava sentindo (...).*

MA, da mesma forma, também nos traz relatos em que a mesma às vezes se fecha, causando grande prejuízo ao seu bem estar, à sua qualidade de vida: (...) *E assim, mais uma vez, eu tive que deixar de fazer o que eu tinha vontade pra não desagradá-lo (...).* Nestes dois outros relatos ela afirma: (...) *Quer dizer, não sou totalmente feliz. Eu sempre quis, sempre sonhei em fazer faculdade, em trabalhar fora, mas meu marido nunca permitiu(...).* E (...) *E sempre foi assim eu tinha que viver pra eles, não importava, nunca importou, pra eles, o que, o que eu estava sentindo, querendo. Aí tem uns oito anos, mais ou menos, que eu vi, assim, que eu percebi que tava cansada (...).* Em uma outra fala ela diz de forma racional que não se importa com a falta de entendimento por parte do outro, a respeito do seu sofrimento em decorrência da fibromialgia: (...) *eu acho assim, que eu to mesmo, é eu estou calejada, assim esse, essa reação das pessoas não me incomoda muito não (...).*

E, por último, uma outra característica percebida em FA foi a dependência que a mesma demonstrou ter da família, a necessidade de estar sempre junto da mesma: (...) *acho que foi a psicóloga mesmo que me falou, que eu era uma pessoa que ficava pegano a sobre, as cargas das pessoas né? Então isso tava me sobrecarregando...E é uma coisa que eu sempre fiz e também nunca consegui me libertar. Eu me preocupo muito com os problemas dos outros, me preocupo, quero resolver e se não dou conta soffro junto né? ... quando minha*

filha mais velha engravidou... eu quis morrer, quis sofrer por ela(...). E (...) Sempre, desde solteira e até hoje, é, a minha família é toda assim, a gente é muito grudado... onde um ta qué que todo mundo teja também.

5.2. Discussão dos Resultados

A necessidade de confirmação, o sofrimento psíquico como consequência da desqualificação pelas quais passam as portadoras de fibromialgia, já tão discutidos neste trabalho é vista por Frazão (1997) como uma necessidade inerente ao indivíduo e considerada de natureza psicológica, onde o indivíduo busca obter a satisfação, desta e de outras necessidades, na sua relação com o meio. Esta relação se dá na fronteira de contato através da interação do organismo com o meio no qual está inserido (Tenório 2003).

A saúde do indivíduo dependerá da qualidade do contato que ele estabelecerá com o meio a fim de satisfazer a necessidade prioritária do momento, de forma a alcançar o seu equilíbrio. Por isso, faz-se necessário que o mesmo esteja *aware* desta necessidade prioritária, ou seja, tenha consciência de qual figura precisa ser digerida e assimilada pelo self para que outra emerja. Yontef (1998, p. 31, citado em Peres e Hollanda, 2003, p.7) define tal consciência como: "A pessoa que está consciente, *aware*, sabe o que faz, como faz, que tem alternativas e escolhe ser como é".

Diante da análise dos dados, pôde-se verificar a existência de mecanismos de interrupção de contato na relação das entrevistadas com o seu meio relacional, o que pode ser considerada uma possível causa para o adoecimento das mesmas, adoecimento este, que estaria ocorrendo como fruto de contatos superficiais com elas próprias e com os outros. Pode-se inferir que as mesmas não estão, desta forma, *aware* de suas necessidades físicas

nem psíquicas, que as figuras que emergem para serem assimiladas pelo *self* não são claras, não estão bem definidas e, por isso mesmo, faz com que as mesmas permaneçam vivendo uma constante interrupção de contatos o que vai fazer com que ocorra um ciclo vicioso, caso não venha a ocorrer a tão necessária ampliação da consciência, que se obtém através da *awareness*.

Quando, através dos relatos, percebe-se um sofrimento gerado pela necessidade de submeter-se a regras, de uma passividade exagerada que não contesta, pode-se dizer que está presente o mecanismo que se denomina introjeção. Pois, como afirma Tenório (2003), é uma forma de funcionar de acordo com o que o outro acha que é correto, sem contestações. É engolir tudo o que é oferecido sem mastigar, sem triturar, ou seja, sem usar a agressividade de forma saudável, a fim de alcançar o equilíbrio homeostático. Verificou-se, portanto, que muitas vezes elas deixam de ser elas mesmas passando a agir de acordo com o que o outro acha correto e, dessa forma, passa para um outro mecanismo de interrupção do contato que é a retroflexão, onde evitam contatos plenos com o meio relacional a fim de evitar conflitos. Têm medo de ferir e serem feridas. Para isso se fecham e procuram não expressar suas emoções e sentimentos. Na retroflexão a pessoa até mobiliza energia para agir, é como se fizesse um ensaio para agir de forma condizente à satisfação da sua necessidade, mas, por medo de conflitos ou de rejeição, canaliza toda essa energia para si mesma, não colocando em prática as ações necessárias ao alcance do seu equilíbrio orgânico.

Na entrevistada MA, quando a mesma diz de forma racional que não se importa com o descaso das pessoas frente ao seu sofrimento ela pode estar defletindo, ou seja, utilizando-se de um outro mecanismo de interrupção do contato que é a deflexão. Na deflexão a pessoa evita o contato por medo de sofrer, ela nega a realidade para não entrar em contato com a mesma que se apresenta ameaçadora no momento. A deflexão pode ocorrer, também, por um

grande medo de expor a sua fragilidade, de solicitar uma ajuda e ouvir um não, de não ter a sua solicitação atendida.

Nos relatos de FA, percebe-se uma grande dependência que a mesma tem em relação à família, como muitas vezes vive o problema dos outros como se fossem seus e isto na visão da Gestalt chama-se confluência. Na confluência, percebe-se a necessidade que a pessoa tem de ter alguém sempre ao seu lado, sempre a ajudando a decidir. Pelos relatos de FA verifica-se uma dependência que a mesma tem de estar sempre junto à família e o desamparo e a tristeza que apresenta quando não consegue resolver os problemas dos filhos e dos irmãos. É como se suas necessidades fossem as necessidades dos outros, não se distingue bem onde ela termina e onde começa o outro, é uma mistura. Pois, como afirma Tenório (2003), o confluente não consegue ver claramente onde termina o eu e onde começa o outro, pois se vê misturado com ele. O confluente se identifica tanto com o meio a ponto de sentir que eles são um só, não sendo capaz de identificar suas próprias necessidades.

Quando MC fala da tensão constante que sente em situações do dia-a-dia, pode ser pelo fato de a mesma inibir a sua agressividade em situações que deveria contestar e não o faz com intuito de cumprir as normas e as regras que sempre lhe foram impostas. Isto pode representar o que Knoplich (2001) afirma como sendo uma característica dos fibromiálgicos que surge de uma raiva que os mesmos alimentam em relação a outras pessoas e, ao não conseguirem externalizar esta raiva, permanecem em grande tensão muscular que, por sua vez gera dor, fadiga e rigidez. Ou seja, contêm a agressividade que deveria ser usada a seu favor.

E, ao falarem o quanto exigem delas próprias, buscando, constantemente, agir com perfeição, tal relato vem ao encontro do que Goldemberg (2007) afirma quando diz que, entre

as características psicológicas comuns aos fibromiálgicos, uma das mais evidentes é a tendência perfeccionista, são eficientes e organizados e, ao se sentirem limitados pelas dores, aumenta a autocobrança, gerando baixa auto-estima, o que, para a autora, geraria um ciclo vicioso que poderia, então, ser considerada a causa da fibromialgia. Pode-se, também, inferir que isto seja fruto de introjeções pelas quais as mesmas passaram durante toda a vida. Onde, através dos relatos das mesmas, percebe-se que são pessoas que sempre foram vistas pela família ou por elas próprias como perfeitas, que sempre ouviram que tinham que ser responsáveis, sérias, pois isto é o que é correto.

O sofrimento pelo qual as colaboradoras passam devido à desqualificação do sofrimento, por parte dos outros, foi evidenciado, inclusive, pela desqualificação sofrida por parte de psicólogos, como nos relatos de FA: (...) *Ah, ela fala assim, ela fala que eu tenho que lutar contra isso, que assim, eu não posso me entregar a essa dor, que parece que, será que ela acha que eu gosto de sentir dor, será que é isso que ela pensa?(...)*. Ou seja, não se desenvolve entre elas uma relação que favoreça o encontro genuíno entre dois seres, que se dá através da relação eu/tu que ocorre no "entre" que Hycner (1995) define como: "aquele reino indescritível que é maior que a soma de duas ou mais identidades" (p. 26). E que, segundo o mesmo autor é só através deste encontro entre terapeuta/cliente que os envolvidos irão compartilhar suas vivências de modo a ocorrer a satisfação da necessidade do cliente, que é a figura atual, e, conseqüentemente o alcance da sua homeostase. Vivendo esta relação de troca no ambiente terapêutico o cliente, de forma espontânea, levará isto para a sua vida, passando a, gradativamente, ter contatos plenos com o seu meio relacional estabelecendo trocas com o mesmo e, conseqüentemente, deixando de ter uma postura passiva diante da vida, tornando-se sujeito do seu processo de autoconhecimento.

É através da psicologia dialógica, onde o terapeuta se coloca à disposição do cliente, e, de forma atuante participa do processo, que o cliente terá a confirmação de que necessita para que possa iniciar, permanecer e evoluir no seu processo de "cura", pois, como afirma Hycner (1995): toda a psicopatologia tem origem na falta de confirmação que cada pessoa experimenta em todo o seu processo de desenvolvimento, ou seja, o processo do adoecimento se dá paulatinamente, de forma gradativa, como se verificou nas participantes da pesquisa, onde pôde ser evidenciado o quanto elas foram exigidas e tiveram suas necessidades bloqueadas, subjugadas, para que pudessem satisfazer apenas as necessidades do meio, de forma a serem aceitas, confirmadas. Da mesma forma, Julliano (1999), ressalta que para uma psicoterapia satisfatória, é imprescindível que o terapeuta esteja inteiramente presente, sem fazer inferências, julgamentos, nem interpretações. Ou seja, faz-se necessário que o terapeuta coloque em prática o que Hycner (1995) denomina de "colocar-se entre parêntese", deixando de lado as verdades pré-concebidas, as regras pré-estabelecidas, para poder ver a experiência do cliente com os olhos do cliente, experienciar o que o cliente está experienciando. Isto infelizmente nem sempre ocorre, como se evidenciou na atitude do psicólogo que foi fazer o aconselhamento de AB, onde, em uma consulta informal, afirmou que a felicidade dela naquele momento dependia da separação, que foi o que aconteceu com ele: (...) *O que você está esperando pra se separar e ser feliz? Eu tinha um casamento de vinte anos que todo mundo achava que era maravilhoso, todo mundo chamava a gente de casal vinte e eu tomei a coragem e me separei e estou muito feliz. (...).*

Portanto, tudo o que foi descrito neste trabalho com relação à postura do terapeuta e à relação terapeuta/cliente, poderá ter grande valia no tratamento psicoterápico das portadoras de fibromialgia. Bem como, o que foi abordado com relação às técnicas também, uma vez que, pôde-se perceber, através dos relatos das mesmas, que elas têm um padrão muito rígido

de funcionamento, onde foram detectados alguns mecanismos de interrupção do contato, dificultando, desta forma, um contato pleno com o meio relacional de cada uma, bem como, a falta da troca, do compartilhamento de experiências entre as mesmas e o meio, não permitindo, assim, que elas tenham condições de desenvolver um funcionamento saudável.

Desta forma, de acordo com os mecanismos de interrupção de contato verificados em cada uma das entrevistadas, faz-se necessário através da técnica que mais se adequar a cada uma, trabalhar a polaridade oposta para que as mesmas passem a ter um padrão de funcionamento mais flexível, de forma a transitarem pelas polaridades opostas de acordo com o que for exigido no momento pelas figuras emergentes, ou seja, pelas necessidades que se fizerem prioritárias para o momento. Assim, através desta flexibilidade, elas poderão passar a estarem *awareness* e, desta forma, criarem possibilidades para o alcance de um funcionamento saudável e, conseqüentemente, do seu equilíbrio homeostático.

Pôde-se verificar, também, o quanto as participantes bloqueiam seus sentimentos de raiva, de contestação de forma a evitar um conflito com as pessoas com as quais convivem, para isso, acredita-se que uma técnica que poderia ser eficiente seria a da cadeira vazia, para que as mesmas pudessem dentro do *setting* terapêutico exercitarem a capacidade que cada uma tem de fazer valer a sua necessidade prioritária, a sua capacidade de discordar do outro e, também, de "descarregar" toda a raiva contida por tanto tempo de subjugação pelo qual as mesmas têm passado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do que foi relatado nas entrevistas percebe-se, claramente, o sofrimento psíquico pelo qual as portadoras de fibromialgia passam. Este sofrimento se dá pelo fato de serem possuidoras de uma doença que não se sabe objetivamente a causa e que não se tem cura, se dá pelo fato de ter que conviver constantemente com dores generalizadas que as incapacita para a prática de atividades diversas e que, prejudica de forma considerável a qualidade de vida das mesmas. O fato de estarem sempre com dores, sempre irritadas, depressivas, e outros sintomas já mencionados, afeta muito o relacionamento interpessoal nas diversas dimensões da vida das mesmas, ou seja, nas dimensões física, afetiva, intelectual, social e espiritual.

Sendo a fibromialgia uma enfermidade que não é visível, aparente, faz com que os outros coloquem sempre em dúvida o sofrimento físico das mesmas, ou seja, elas experimentam um descrédito por parte da maioria das pessoas com as quais convivem. Por não acreditarem acabam, por desqualificar este sofrimento. Esta falta de confirmação que elas passam vai se tornando cada vez mais presente o que acarreta uma piora no seu quadro. É como se fosse um ciclo vicioso.

Diante do exposto neste trabalho, pode-se inferir que as portadoras de fibromialgia possuem um histórico de contatos superficiais com o seu meio relacional, onde, através de um padrão rígido de funcionamento, ou seja, através de uma forma inflexível de se posicionar na vida não conseguem o equilíbrio necessário ao favorecimento da sua saúde tanto física quanto psíquica. Elas se mantêm fixadas apenas em uma polaridade de características opostas levando-as a não verem as possibilidades que estão disponíveis e que poderiam levá-las a escolhas diferentes, a fim de estabelecerem uma troca saudável, de experiências com o meio

proporcionando, desta forma, um funcionamento mais favorável à saúde. O que, talvez, seja consequência de introjetos tóxicos aos quais tiveram que aceitar de forma a não transgredir o que o meio ditava como correto, ou seja, pode-se encarar como um ajustamento criativo para passar por situações nas quais não haviam outras possibilidades de escolha, mas que tornaram-se como que modelos padronizados de funcionamento que se repetem consecutivamente na vida das mesmas, onde, o que era saudável passa a ser doentio.

Os mecanismos de interrupção de contato verificados através das entrevistas foram a introjeção, retroflexão, deflexão e confluência. Estes e outros mecanismos de interrupção do contato podem ser considerados como uma forma de defesa, de modo a não transgredir o que lhes é imposto e contra o qual não têm condições de discordar, contestar. Percebe-se que as mesmas viveram sempre em um ambiente controlador, ditador de regras e normas as quais as mesmas engoliram não sendo capaz de usarem a agressividade natural para mastigarem e assimilarem o saudável e recusarem o nocivo ao seu self. Ou seja, não tiveram condições de se posicionarem frente a diversos conflitos vividos, por medo de serem rejeitadas, não aceitas, não confirmadas. Desta forma, permanecem como que representando papéis, pois é uma forma menos sofrida do que a indiferença, a rejeição, o sentimento de não pertença.

Sendo fato todo o sofrimento vivido pela fibromiálgica, faz-se necessário uma maior atenção por parte da psicologia no sentido de acolher, entender, confirmar e auxiliar estas pessoas tão desacreditadas e subjugadas. Esta atenção, esta confirmação podem encontrar respaldo na terapia dialógica, onde na relação Eu/Tú, terá a possibilidade de acontecer o encontro genuíno no ambiente terapêutico, possibilitando, através desta postura facilitadora de um terapeuta presente, a ampliação da consciência da mesma, no sentido de se tornar *aware* de seu funcionamento e das possibilidades de escolhas que possam favorecer o seu equilíbrio

organísmico e um funcionamento saudável. Pois como afirma Juliano (1999): "Este é um lugar onde o cliente encontra apoio e arrisca-se a mostrar a sua dor a alguém". (p. 68)

Pela técnica gestáltica de levar o cliente a vivenciar seus conflitos, a contatar plenamente as figuras que emergem no aqui-e-agora, a portadora poderá perceber o que o seu corpo está querendo transmitir, está exigindo através de tamanho desconforto, que é este desgastado processo de estar constantemente dolorido, sofrido. É interessante lembrar a importância do uso da linguagem corporal na aplicação das técnicas, uma vez que este é alvo de grandes sofrimentos na fibromialgia.

Vale ressaltar que o que foi abordado nesta pesquisa não tem o objetivo de tornar tais inferências verdades incontestáveis. Infelizmente, ainda existem poucas pesquisas e estudos feitos com relação ao sofrimento psíquico pelo qual passam os portadores de tal enfermidade. Portanto, a necessidade de que se desenvolva outros trabalhos e pesquisas em torno de tal assunto é cada vez mais urgente, uma vez que, trata-se de uma doença que cresce a cada dia e da qual ainda se tem poucas conclusões. Em uma sociedade em que o subjetivo se torna sempre mais desvalorizado em contraponto ao ter, ao possuir, ao objetivo, é papel relevante da psicologia buscar novas formas de compreender e tratar este grande mal que é a dor de sentir a dor da fibromialgia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barbalho, M. C. M. (1998). Saúde e Doença na Gestalt-Terapia: Uma Questão de Contato. *Revista do IV Encontro Goiano da Abordagem Gestáltica. ITGT - Instituto de Treinamento e Pesquisa em Gestalt-Terapia de Goiânia, GO*, N. 04 Ano IV. pp. 71-76.
- Carvalho, M. M. M. J. (1999). *Dor um estudo multidisciplinar*. São Paulo, SP: Summus.
- Chagas, E. L. F. (1996). Distorções do Contato: Saúde e Doença. *Revista do II Encontro Goiano de Gestalt-Terapia. ITGT - Instituto de Treinamento e Pesquisa em Gestalt-Terapia de Goiânia, GO*. N. 02 Ano II. pp. 23-26.
- Chaitow, L. (2002). *Síndrome da fibromialgia, um guia para tratamento*. São Paulo, SP: Manoli.
- Frazão, L. M. (1997). Funcionamento Saudável e Não Saudável Enquanto Fenômenos Interativos. *Revista da III Encontro Goiano da Abordagem Gestáltica. ITGT - Instituto de Treinamento e Pesquisa em Gestalt-Terapia de Goiânia, GO*, N. 03 Ano III. pp. 64-71.
- Gaspar, F. M. P. (1999). A Polaridade Saudável do Processo do Adoecer. *Psicopedagogia on line Educação e Saúde Mental*. Recuperado em 07 de abril, 2009 de <http://www.fronteirasgestalticas.com.br/artigos.asp>

- Ginger, S. (2007). *Gestalt: a arte do contato: Nova abordagem otimista das relações humanas*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Goldenberg, E. (2007). *O Coração Sente, O Corpo Dói: Como reconhecer e tratar a Fibromialgia*. São Paulo, SP: Editora Atheneu.
- González Rey, F. L. (1997). *Epistemología Cualitativa y Subjetividad*. São Paulo, SP: Educ.
- González Rey, F. L. (1999). *La Investigacion Cualitativa en Psicologia - rumbus y desafios*. São Paulo, SP: Educ.
- Gonzalez Rey, F. L. (2002). *Pesquisa Qualitativa em Psicologia: caminhos e desafios*. São Paulo, SP: Pioneira Thompson Learning.
- González Rey, F. L. (2005). *Subjetividade, complexidade e Pesquisa em Psicologia*. São Paulo, SP: Pioneira Thonson Learning.
- Guimarães, S. S. (1999). *Introdução ao Estudo da Dor*. In Carvalho, M. M. M. J de (org). *Dor: um estudo multidisciplinar*. São Paulo, SP: Summus. pp. 13-30
- Hycner, R. (1995). *De Pessoa a Pessoa. Psicoterapia Dialógica*. São Paulo, SP: Summus.
- Juliano, J. C. (1999). *A Arte de Restaurar Histórias. o diálogo criativo no caminho pessoal*. São Paulo, SP: Summus.

Knoplich, J. (2001). *Fibromialgia Dor e Fadiga*. São Paulo, SP: Robe Editorial.

Loduca, A. (1999). *Atuação do psicólogo em um serviço multidisciplinar de tratamento da dor crônica: experiência da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo*. In: Carvalho, M. M. M. J de (org). *Dor: Um estudo multidisciplinar*. São Paulo, SP: Summus. pp. 196-221

Martín, A. (2008). *Manual Prático de Psicoterapia Gestalt*. Petrópolis, RJ: Vozes.

Miceli, A. V. P. (2002). Dor crônica e subjetividade em oncologia. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 48 (3): pp. 363-373

Nascente, I. C. & Carmo, M. (1998). As Técnicas na Gestalt-Terapia. *Revista do IV Encontro Goiano da Abordagem Gestáltica. ITGT - Instituto de Treinamento e Pesquisa em Gestalt-Terapia de Goiânia, GO*, N. 04 Ano IV. pp. 77;78.

Nasio, J. D. (2008). *A dor física: uma teoria psicanalítica da dor corporal*. Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar Ed.

Peres, M. B. & Holanda, A. F. (2003). A noção de Angústia na Prática Clínica: *Aproximações entre o pensamento de Kierkegaard e a Gestalt-Terapia*. Recuperado em 07 de abril, 2009 de <http://www.igtb.com.br>.

- Petrone, L. (1994). *Qualidade da vida e Doenças Psicossomáticas*. São Paulo, SP: Lemos Editorial.
- Piccino, J. D. (1996). O Processo Terapêutico: Descrição Fenomenológica de suas Etapas. *Revista o II Encontro Goiano de Gestalt-Terapia. ITGT - Instituto de Treinamento e Pesquisa em Gestalt-Terapia de Goiânia, GO*. N. 02 Ano II. pp. 9-16.
- Portnoi, A. G. & Pimenta, C. A. M de (1999). *Dor e Cultura*. In: Carvalho, M. M. M. J de (org). *Dor: um estudo multidisciplinar*. São Paulo, SP: Summus. pp. 159-173
- Rodrigues, H. E. (2008). *Introdução à Gestalt-Terapia: Conversando sobre os fundamentos da abordagem gestáltica*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Sanches, L. M. & Boemer, M. R. (2002). O convívio com a dor: um enfoque existencial. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, (vol. 36). nº 4. São Paulo, SP: USP.
- Sarti, C. A. (2001). A dor, o indivíduo e a cultura. *Revista Saúde e Sociedade*. 10 (1): 3-13.
- Souza, L. P. M de; Forgione, M. C. R. & Alves, V. L. R. (2000). Técnicas de relaxamento no contexto da psicoterapia de pacientes com dor crônica e fibromialgia - uma proposta. *Acta Fisiatras*. 7 (2): 56-60.
- Teixeira, M. J. (1999). *Síndromes dolorosas*. In: Carvalho, M. M. M. J de (org). *Dor: Um estudo multidisciplinar*. São Paulo, SP: Summus. pp. 77-86

Tenório, C. M. D. (1999). O que é Gestalt Terapia. *Texto apresentado por ocasião da 1ª Jornada de Psicoterapia de Brasília, DF*. pp. 1-9

Tenório, C. M. D. (2003). O conceito de neurose em Gestalt Terapia. *Universitas - Ciências da Saúde*. (vol.1) N. 2. Brasília, DF: UniCEUB.

Turato, E. R. (2003). *Tratado da Metodologia da Pesquisa Clínico-Qualitativa*. Petrópolis, RJ: Editora Vozes Ltda.

Yontef, G. M. (1998). *Processo Dialógico e Awareness: Ensaios em Gestalt-Terapia*. São Paulo, SP: Summus.

ANEXOS

ANEXO I

ANEXO II

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

O presente termo declara que Maria Elizabeth de Abreu Barbosa, estudante de psicologia do UniCEUB está realizando uma pesquisa, sobre fibromialgia na visão da Gestalt Terapia, como parte de sua monografia de conclusão do curso de graduação, a estudante está sendo orientada por uma Doutora em Psicologia, registrada no CRP, professora da Instituição na qual a aluna estuda.

Para tanto, é necessária a sua autorização de participação na mesma, que será firmada mediante assinatura em duas vias deste documento, ficando uma em seu poder e a outra via em poder da pesquisadora. A entrevista será realizada no dia de hoje, seguindo um roteiro semi-estruturado e a mesma será gravada.

Os assuntos discutidos na entrevista serão confidenciais, sendo apenas necessários para atingir os objetivos da pesquisa, em nenhum momento seu nome será citado na pesquisa e o resultado da mesma estará a sua disposição durante cinco anos e após este tempo todo o material será destruído. Todas as informações obtidas ficarão sob a responsabilidade da pesquisadora que cuidará para que tal material não se extravie, sob pena de ser punida conforme rege a legislação vigente.

Os riscos presentes na pesquisa são: o sofrimento causado ao se falar sobre Síndrome da Fibromialgia e tudo o que ela proporciona, como, limitações, conflitos familiares, incompreensão por parte das pessoas com as quais convive e etc. Já o benefício, será a oportunidade de falar do sofrimento e ser ouvida por alguém que tem interesse em saber dos seus sentimentos sem pré julgá-la, sem recriminações e culpabilizações, levando em conta a sua singularidade, particularidade e, acima de tudo, respeitando tal sofrimento, bem como a possibilidade de outros profissionais da área de psicologia e da saúde de um modo geral se sentirem mobilizados, no sentido de buscarem, cada vez mais, melhores alternativas para o tratamento da síndrome da fibromialgia baseados na singularidade e na experiência de cada um.

Caso sinta-se incomodada com o assunto ou com alguma pergunta e também sensibilizada ao lembrar do seu sofrimento, a entrevista poderá ser interrompida. A sua participação é livre, tendo o direito de desistir da pesquisa em qualquer etapa do processo, sem que tal desistência lhe traga algum prejuízo.

Em caso de dúvidas, questões e esclarecimentos poderá entrar em contato com a pesquisadora durante o projeto, a qualquer momento, nos telefones: 61-81729316 e 3389-9020, como também, poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa - UniCEUB (telefone 3340-1363) e email comite.bioetica@uniceub.br).

Caso tenha algum prejuízo devido a sua participação na pesquisa, você será ressarcida e/ou indenizada de tal prejuízo pela pesquisadora.

Concordo com a minha participação nesta pesquisa.

Nome e Assinatura do sujeito da pesquisa

Nome e Assinatura do pesquisador responsável

Brasília-DF, ____ de _____ de 2008.

ANEXO III**ROTEIRO DE PERGUNTAS****1 - Dados de identificação:**

Idade:

Escolaridade:

Profissão:

Estado Civil:

Número de Filhos:

2 - Há quanto tempo foi diagnosticada como portadora da fibromialgia?

3 - Como você se define antes e depois da fibromialgia?

4 - Como você é vista no ambiente de trabalho enquanto portadora de fibromialgia?

5 - Como você é vista pela família sendo portadora da fibromialgia?

6 - Quais as limitações trazidas pela fibromialgia?

7 - Além da dor física, que outras dores você sofre em decorrência da fibromialgia?

8 - Como você lida com suas dores?

