



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – FACS
CURSO: PSICOLOGIA

ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO E O TRATAMENTO DA FIBROMIALGIA

HELLEN MARTINS RAMOS DA SILVA

BRASILIA
NOVEMBRO/2005

HELLEN MARTINS RAMOS DA SILVA

ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO E O TRATAMENTO DA FIBROMIALGIA

Monografia apresentada como requisito para conclusão do curso de Psicologia do UniCEUB – Centro Universitário de Brasília com a Professora e Orientadora Morgana de Almeida e Queiroz.

Brasília/DF, Novembro de 2005

Dedico esta monografia às pessoas acometidas pela Síndrome da Fibromialgia, (em especial a uma que mora em meu coração), no intuito de que a construção feita neste trabalho venha a beneficiar-lhes, assim como a todos os profissionais da área da saúde, principalmente aos psicólogos que lidam com estes indivíduos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a Deus porque foi Ele quem me deu a inclinação para fazer Psicologia, a oportunidade financeira de cursar esta faculdade, a capacidade intelectual de concluí-la e pessoas para me ajudarem nesta tarefa. Por isso, a Ele toda honra e toda glória; sem Ele eu não teria chegado até aqui.

Em segundo lugar, agradeço, então, a essas pessoas que se dispuseram a trilhar este caminho comigo:

Do mais profundo do meu coração, agradeço aos meus pais, Antônio Carlos Ramos da Silva e Lúcia Helena Martins Ramos da Silva, por terem obedecido ao chamado de Deus de morarem em um país distante, submetendo-se à saudade, para conseguir garantir a minha formação profissional, assim como a dos meus irmãos, além de levar, a esse local, o amor do Pai a tantas pessoas que necessitam. Agradeço, não só a ajuda financeira dispensada, mas também todas as orações e incentivos para que eu me destacasse nos estudos.

Aos meus irmãos Antônio Carlos Ramos da Silva Júnior, Karla Martins Ramos da Silva e Rubens Martins Ramos da Silva, à minha cunhada Gisele Falcari Ramos da Silva e à minha futura cunhada Tânia Cristina Gimenes Ferreira, por vibrarem com minhas vitórias e por me animarem quando precisei, meu “muito obrigada”! Aos meus demais familiares por orarem por mim e desejarem sucesso na formação do meu curso, obrigada!

Com um carinho muito especial, agradeço ao meu noivo Vitour Gonsalves Tourino, por estar sempre ao meu lado, inspirando-me, apoiando-me, ajudando-me a fazer sempre o melhor, tornando-me uma profissional, uma pessoa melhor.

Agradeço também às minhas amigas Cynthia Guimarães Novaes e Rafaela Costa Camões Rabello pela amizade construída durante o curso, pelas experiências compartilhadas, que me ajudaram a crescer e a concluir esta etapa. Obrigada por construírem este sonho comigo! Às minhas demais amigas, que de uma forma ou de outra (por orações, por palavras, por gestos) se fizeram presentes nesta fase tão importante da minha vida.

Meus sinceros agradecimentos aos meus professores por participarem de forma ativa na minha formação como psicóloga. À professora Virgínia Turra, pelo exemplo profissional e pela disposição em me ajudar, incondicionalmente, na

elaboração desta monografia. À professora e orientadora Morgana de Almeida e Queiroz por acreditar no meu potencial, por me orientar neste trabalho e por se alegrar com meu desempenho.

RESUMO

O presente trabalho teve por objetivo refletir sobre a possível atuação do psicólogo no tratamento da Síndrome da Fibromialgia. Para tanto, descreveu-se a referida síndrome, dentro do espectro da dor crônica, mostrando como a etiologia desta permanece, ainda hoje, um tanto incerta, fazendo com que familiares e amigos desacreditem das dores que o indivíduo portador desta síndrome sente. Percebeu-se, portanto, que fatores psicossociais atuam na SFM, seja como consequência ou causa da mesma. Em seguida, indicou-se a provável atuação do psicólogo frente ao tratamento da Fibromialgia, especificamente diante de fatores psicológicos que estão relacionados à dita síndrome. Por último, explanou-se alguns modelos teóricos e técnicas que podem ser úteis no embasamento deste tratamento. Verificou-se que a terapêutica deve ser multidisciplinar, já que não há respostas simples para este complexo fenômeno e que as pessoas acometidas de Fibromialgia devem encontrar respostas humanizadas nos profissionais de saúde.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	7
1. DOR CRÔNICA E SÍNDROME DA FIBROMIALGIA.....	11
1.1 Dor.....	11
1.2 Síndrome da Fibromialgia.....	12
2. ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO FRENTE À DOR CRÔNICA, EM ESPECÍFICO À FIBROMIALGIA.....	17
2.1 Atuação do psicólogo frente à definição e mensuração da dor.....	17
2.2 Atuação do psicólogo frente à dúvida etiologia da Síndrome da Fibromialgia.	18
2.3 Atuação do psicólogo frente à correlação entre dor e personalidade.	19
2.4 Atuação do psicólogo frente à correlação entre dor, ansiedade e depressão.	23
2.5 Atuação do psicólogo no tratamento da Síndrome da Fibromialgia.....	25
3. A RELAÇÃO ENTRE TEORIA E RECURSOS TÉCNICOS NA CONSTRUÇÃO DA ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO NO TRATAMENTO DE INDIVÍDUOS COM DOR CRÔNICA.....	29
3.1 A Psicologia no controle da dor crônica.....	29
3.2 A Psicologia Comportamental no tratamento da dor crônica.....	30
3.3 A Psicologia Comportamental Cognitiva no tratamento da dor crônica.....	33
3.4 O Psicodrama no tratamento da dor crônica.....	37
3.5 Técnicas psicológicas alternativas no tratamento da dor crônica.....	40
3.6 Adesão ao tratamento da dor crônica.....	42
4. CONCLUSÃO	45
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	48

A dor sempre atormentou o homem, por isso as causas e os tratamentos para o estado doloroso foram buscados desde as mais primitivas civilizações. Ao longo da história, surgiram diversas explicações para o fenômeno álgico: intrusão de fluidos mágicos, desequilíbrio da energia vital, paixão da alma, castigo para pecadores, forma de iluminação e obtenção de graças divinas, frustração de desejos, sensação corpórea (Carvalho, 1999). Desta forma, pessoas que apresentavam dor generalizada e uma série de queixas mal definidas, muitas vezes, não eram levadas a sério.

A Fibromialgia é uma síndrome complexa que se caracteriza pela existência de dores músculo-esquelética difusas, não inflamatórias e generalizadas; pelo cansaço extremo e perturbação do sono. Estes fatores estão, por vezes, associados a outros sintomas, traduzindo numa condição física debilitante e crônica. Segundo Knoplich (2001), a definição atual da Fibromialgia é decorrente da aplicação dos critérios de classificação desenvolvidos pelo American College of Rheumatology (publicado em 1990).

Os pacientes devem apresentar, no mínimo, dois critérios com a duração da dor de pelo menos três meses: a) História de dor pelo corpo todo (lado esquerdo, lado direito, acima da cintura e abaixo da linha da cintura; dores na coluna cervical ou na parte anterior do peito ou na parte posterior das costas ou na região lombar); b) Dor à pressão do dedo (com a força de 4kg aproximadamente) em 11 dos 18 locais definidos como pontos sensíveis, os “tender points” (nuca, cervical baixo, trapézio, supra-espinhoso, segunda costela, epicôndilo lateral, glúteos, grande trocanter, joelhos). Ressalva-se que a presença de uma outra doença clínica não impede um diagnóstico de Fibromialgia.

Por vezes, no passado, problemas emocionais eram considerados como fator determinante desta síndrome ou, então, um diagnóstico turvo de “Fibrosite” era estabelecido e essas dores eram desacreditadas até mesmo por médicos, familiares, amigos, ajudando agravar o quadro de depressão causado pela síndrome.

Assim, até o início do século passado, ainda havia controvérsia a respeito da dor ser uma sensação ou uma emoção, controvérsia esta decorrente da antiga divisão entre corpo e alma (Carvalho, 1999).

A IASP (Associação Internacional para o Estudo da Dor), em 1979, afirmou que o sentir dor envolve mecanismos tanto físicos, quanto psíquicos e culturais. Vilela Filho (apud Carvalho, idem) afirma que, outrora, apregoava-se a natureza

puramente física da dor, ou puramente psíquica; e que, ainda hoje, muitos são aqueles que não valorizam de maneira adequada o componente afetivo-emocional do fenômeno doloroso.

Percebe-se que, na grande maioria dos currículos básicos dos cursos que dão formação aos profissionais da área da saúde, são estudadas a anatomia, a fisiologia, a biologia do corpo humano, os órgãos e os sistemas vitais, as enfermidades. Mas, o estudo do sofrimento da dor, ou seja, dos aspectos psicológicos, é algo recente (Carvalho, *idem*).

O espaço da Psicologia ampliou-se com o avanço científico e tecnológico da Medicina. Estes avanços, apoiados no método anátomo-clínico e no sucesso da Medicina do órgão, permitiram identificar o limite desse enfoque e perceber o lugar ocupado por outros fatores no processo de adoecer, como os genéticos, sócio-econômicos, ambientais e psicológicos, (Jeammet, Reynaut, e Consoli, 1982 e Quintard, 1994, apud Cerqueira, 1997).

Eksterman (1992, apud Cerqueira, *idem*) destaca que o reconhecimento dos fatores psicológicos nas patologias levou a três teses centrais:

1. A etiologia das doenças somáticas está comprometida com a função psicológica;
2. A ação assistencial é um processo complexo de interação social, que inclui os atos semiológicos, diagnósticos e terapêuticos e também elementos da vida dos participantes;
3. A natureza essencial do ato médico é humana e, portanto a terapêutica deve estruturar-se em função da pessoa do doente e não apenas organizar-se, preventiva ou curativamente, a partir apenas do conhecimento da patologia.

Segundo Cerqueira (*idem*), o psicólogo, no seu trabalho na instituição da saúde, deve procurar responder a que necessidades os sintomas somáticos respondem; e a que necessidades da personalidade do indivíduo estes sintomas estão vinculados, buscando compreender a natureza desta relação a partir da análise das interações entre o doente, seus familiares, a instituição, o médico.

De acordo com a mesma autora, caberá ao psicólogo:

1. Analisar como o modelo de atenção médica organiza e determina os processos do atendimento ao doente que ocorrem no contexto hospitalar;

2. Apontar à equipe de saúde a patologia ampliada do plano biológico para o plano psicossocial, mostrando o doente não reduzido à doença, e o ato médico como não sendo uma ação meramente técnica.

Esta nova área da Psicologia – que passou a ser denominada Psicologia da Saúde – preocupa-se com a compreensão do comportamento humano no contexto da saúde e da doença, cuja definição dada por Matarazzo (1982, apud Cerqueira, *ibid*, pág. 534) e adotada pela Divisão de Psicologia da Saúde da APA (American Psychology Association) é: “o conjunto de contribuições educacionais, científicas e profissionais específicas da Psicologia para promover e manter a saúde, prevenir e tratar a patologia, identificando fatores etiológicos e diagnósticos da saúde, doença e disfunções correlacionadas, além da análise e melhora do sistema de cuidados à saúde e da política de saúde”.

Cerqueira (1997) afirma que para o desenvolvimento desta nova área, os esforços devem se voltar para produzir conhecimento, sobre:

- Fatores de risco psicológicos;
- Fatores psicológicos na manutenção da saúde;
- Crenças e representações sociais de saúde e doença;
- Comunicação, tomada de decisão e adesão;
- “Coping” (enfrentamento) da doença e incapacidades.

Visto que o espaço tomado pela Psicologia na área da saúde é recente, assim como os estudos voltados para a Síndrome da Fibromialgia, (pois, de acordo com Oliveira, 2003, esta síndrome sempre existiu, mas só foi oficialmente reconhecida em 1981, num congresso de medicina nos Estados Unidos), a autora da presente Monografia escolheu como tema desta, a atuação do psicólogo frente à dor crônica, especificamente à Fibromialgia. Ou seja, como a teoria e os recursos técnicos disponíveis podem contribuir na atuação do psicólogo no tratamento de indivíduos com dor crônica?

Portanto, o que se almeja aqui é fazer uma reflexão sobre a atuação da Psicologia no tratamento da Fibromialgia. Para tal fim, primeiramente, pretende-se descrever a dor crônica e, dentro desse espectro, a SFM. Depois, discutir sobre o tema deste trabalho: a possível atuação do psicólogo frente à dor crônica, especificamente à Fibromialgia. E por último, falar sobre a problemática apontada,

ou seja, mencionar algumas teorias psicológicas que podem ser úteis no embasamento do tratamento desta síndrome.

Desta forma, o primeiro capítulo descreverá a dor crônica e a Síndrome da Fibromialgia, mostrando como a etiologia da SFM ainda é um tanto nebulosa, pois os exames não ajudam a diagnosticar a síndrome, ou seja, os portadores têm dores no corpo que não apresentam uma correlação entre o exame clínico e laboratorial e as suas queixas. Por isso, muitas vezes, fatores psicossociais estão associados a ela, seja como causa ou conseqüência.

Como a etiologia não está bem definida, o segundo capítulo indicará a atuação do psicólogo frente às possíveis causas psicológicas (personalidade, ansiedade, depressão), revelando que estas influenciam a dor, mas não são necessariamente causadoras da mesma, e que o paciente precisa ocupar o seu tempo com atividades que o façam se sentir útil, para não se entregar à doença e recuperar o prazer de viver.

O terceiro capítulo irá discutir modelos teóricos e técnicas (Psicoterapia Comportamental, Psicoterapia Cognitiva Comportamental, Psicodrama e outros recursos psicológicos) que possam auxiliar o indivíduo acometido de SFM a controlar sua dor, concluindo que o tratamento deve ser principalmente sintomático, tendo por objetivo o controle da dor e a melhora da qualidade de vida. Antes de tudo, deve-se manter hábitos saudáveis, como procurar dormir bem, o que é essencial na terapia. Sem se esquecer que, no tratamento, se faz mister considerar sempre os aspectos psicológicos do indivíduo!

1

DOR CRÔNICA E SÍNDROME DA FIBROMIALGIA.

Dor.

Mello (1992) especula que a dor e o medo sejam, provavelmente, os mais primitivos sofrimentos do homem. Hoje em dia, em termos práticos, a dor aparece como o sintoma mais comum em Medicina clínica, admitindo-se que 75% dos pacientes que consultam em hospital geral têm dor como sintoma predominante (Engel, 1959 apud Mello, *idem*).

A dor, por vezes, não tem uma causa conhecida (Diamond & Coniam, 1997). Inclusive, a etiologia da dor é algo que suscitou, por séculos, várias discussões. Filósofos associavam-na com a paixão da alma. A partir da metade do século XIX, a dor começou a ser investigada por fisiologistas e discutida em laboratórios. Os resultados obtidos acabaram por favorecer os fisiologistas, e a teoria da dor como sensação foi aceita de maneira geral, inclusive pelos psicólogos. Desta forma, a opinião tradicional defendida pelos filósofos foi posta de lado (Bônica, 1953 apud Mello, 1992).

No entanto, no século XX, vários estudiosos voltaram a considerar o componente psicológico ou reativo da sensação dolorosa, reconhecendo a emoção como fator importante na dor, mantendo, entretanto, a dualidade entre sensação e reação emocional (Mello, *idem*).

Essa dicotomia, representativa da dualidade cartesiana – alma/corpo –, foi analisada por Merskey e Spear em 1967 (citado em Mello, *ibidem*), que propuseram uma definição para a dor abrangente dos dois aspectos, psicológico e fisiológico. Esta definição veio a servir de base para o conceito estabelecido pela Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) que diz que a dor é uma experiência desagradável, sensitiva e emocional, associada com lesão real ou potencial dos tecidos ou descrita em termos dessa lesão.

Mello (*idem*) afirma ainda que, apesar das restrições que se possam levantar, a definição da IASP tem o mérito de ressaltar o aspecto emocional e desvincula a

dor de uma lesão obrigatória de tecidos do organismo. Por isso, ainda que a dor seja um fenômeno universal, deve-se considerar que cada indivíduo sente e expressa sua dor de forma muito pessoal.

Embora, muitas vezes, não se saiba a etiologia exata da dor e se considere que esta é subjetiva, existem aspectos fisiopatológicos e clínicos que distinguem alguns tipos de dor, e que podem, desta forma, classificá-la. Essa classificação, por sua vez, poderá orientar o profissional da saúde na escolha do melhor tratamento para aquele indivíduo que apresenta a dor.

Uma das classificações feitas por Bônica (1953, apud Mello, *ibidem*) divide as dores em agudas ou crônicas: agudas são as dores de curta duração (minutos, horas, dias) e as crônicas são aquelas que ultrapassam de quatro a seis meses de duração.

Desta forma, a dor aguda tem uma duração transitória e a crônica, uma duração persistente. A primeira indica lesão ou doença, já a segunda não tem propósito útil. Todavia, a dor crônica também pode ter um significado positivo para o paciente: a obtenção de ganho secundário. A dor aguda apresenta como traços concomitantes: luta ou fuga, dilatação pupilar, sudorese, taquipnéia, taquicardia, *shunting* de sangue das vísceras para os músculos. E a dor crônica: distúrbio do sono, anorexia, libido diminuída, constipação, preocupação somática, mudança de personalidade, inibição para o trabalho (*ibidem*).

Síndrome da Fibromialgia.

Dentro do espectro da dor crônica, encontra-se a Síndrome da Fibromialgia (SFM). Frente à revisão da literatura, os autores (Rachlin, 1994; Martinez et al., 1998; Helfenstein Jr e Feldman, 1998; Lowe, 2000; Knoplich, 2001; Starlanyl e Copeland, 2001; Chaitow, 2002; Oliveira e Camões, 2003; Vitorino e Prado, 2004; Kaziyama et al., 2005) apresentam um discurso homogêneo concernente à caracterização da referida síndrome. Portanto, nos parágrafos seguintes, apresentar-se-á um resumo das informações que estes autores oferecem referentes à definição da Fibromialgia.

Esta é reconhecida desde meados do século XIX e recebeu várias denominações como “Fibrosite”, Reumatismo Muscular, Miofascites, Mialgia, Síndrome Dolorosa Miofascial. Em 1981, em um congresso de medicina nos Estados Unidos, foi proposto o termo “Fibromialgia” para denominar “Fibrosite”, já que nesta entidade não há inflamação tecidual, apenas dor muscular difusa, relacionada a outras disfunções do sistema nervoso central.

Estudo realizado pelo Colégio Americano de Reumatologia (ACR) revelou que a combinação de dor difusa, bilateral, acima e abaixo da cintura, nas extremidades e no esqueleto axial e, pelo menos, a identificação clínica de 11 a 18 pontos dolorosos específicos apresentava sensibilidade de 88,4% em pessoas com SFM.

Além de durar mais de três meses, a ocorrência de dor deve ser à palpação digital com 4kg/força/cm² e os pontos dolorosos (*tender points*) devem ser os seguintes 18 pontos (bilaterais):

1. Inserção dos músculos suboccipitais na nuca;
2. Ligamentos dos processos transversos da quinta à sétima vértebra cervical;
3. Bordo rostral do trapézio;
4. Músculo supra-espinhoso;
5. Junção do músculo peitoral com a articulação costochondral da segunda costela;
6. Área situada dois centímetros proximais ou distais ao epicôndilo lateral do cotovelo;
7. Quadrante látero-superior da região glútea, distal à espinha íliaca;
8. Inserções musculares no trôcanter femoral;
9. Região situada dois centímetros rostralmente à linha articular do côndilo medial do fêmur.

Portanto, a SFM é uma condição clínica caracterizada pela ocorrência de dor músculo-esquelética generalizada crônica e pela presença de pontos dolorosos (*tender points*) na ausência de processos inflamatórios articulares ou musculares.

Rigidez matinal, fadiga, anormalidades sensitivas, neurovegetativas, cognitivas e de qualidade do sono, cefaléia, hipersensibilidade ao frio, hiperemia cutânea, dismenorréia, síndrome do cólon irritável, cistite de repetição, fenômeno de Raynaud, ansiedade e depressão podem ou não se associar às dores generalizadas características da SFM. Estas situações se manifestam por períodos intermitentes de melhora e piora, que se tornam mais intensos durante alguns meses e que

depois se estabilizam, de forma que a incapacidade física, em graus variados, sempre está presente.

Não ocorre fraqueza muscular significativa em casos de SFM; quando presente, é devido à dor e ao desuso, pois as enzimas musculares são normais e o quadro histopatológico também é normal ou inespecífico em biópsias musculares. Afecções metabólicas ou inflamatórias podem ocorrer, incluindo o hipotireoidismo e o *diabetes mellitus*; entretanto, o tratamento destas condições não implica em regressão das manifestações da SFM.

A fisiopatologia da SFM é incerta, apesar das várias anormalidades laboratoriais evidenciadas nas pessoas portadoras desta síndrome. Muitos não identificam os eventos que possam ter sido a causa dos sintomas; quando o fazem, referem-se a infecções virais, traumatismos, anormalidades emocionais ou uso de certos medicamentos. Entretanto, nenhuma dessas eventualidades parece ser comprovadamente responsável pela SFM.

Uma das anormalidades associadas à fisiopatologia da SFM encontra-se no Sistema Nervoso Central, ou seja, é provável que nos indivíduos com SFM, ocorram disfunções no SNC relacionadas à sensibilização nociceptiva e à inadequação da modulação da sensibilidade dolorosa.

Outra anormalidade associada é a músculo-esquelética: embora não se encontre anormalidade na histologia dos músculos e na microscopia óptica ou eletrônica, o descondicionamento físico é característico em portadores de SFM e exerce papel importante na expressão dos sintomas, ou seja, predispondo-os a microtraumatismos musculares, à dor e à fadiga crônica.

Patologias do sono também estão relacionadas à SFM. Pessoas com Fibromialgia, geralmente, referem sono não reparador. Desta forma, alterações do sono podem desempenhar papel importante na etiologia da referida síndrome. Indivíduos com bom condicionamento físico, submetidos à privação do estágio 4 não REM, apresentam queixa de fadiga, mas não apresentam dor no corpo, o que indica que a atividade física de alguma maneira protege os indivíduos contra a dor crônica.

Anormalidades nos mecanismos neuroumorais também estão presentes na SFM. Ocorrem irregularidades neuroendócrinas no eixo hipotálamo-pituitário-adrenal. A dor e a fadiga associadas à SFM são estressantes; o estresse persistente ocasiona anormalidades no sistema neuroendócrino, no sistema serotoninérgico e no SNNVS. Portanto, é possível que as alterações neuroendócrinas, que ocorrem

em algumas pessoas com SFM, sejam componentes da reação ao estresse e, constituam epifenômeno secundário à dita síndrome.

Referindo-se ainda às anormalidades nos mecanismos neuroumorais relacionadas à fisiopatologia da SFM, alguns autores demonstraram que pessoas com Fibromialgia apresentam nível significativamente menor de somatostatina C e menor nível de hormônio de crescimento (GH). O eixo somatostatina C – GH é importante para a homeostase muscular. Desta forma, a alteração na secreção do GH pode ser fator que contribui para a recuperação menos satisfatória frente a microtraumatismos musculares e também para a ocorrência de dor músculo-esquelética associada à SFM. A liberação do GH ocorre principalmente nos estágios 3 e 4 do sono não REM. Assim, a secreção inadequada de GH pode estar relacionada à disfunção do sono não REM em casos de SFM.

A maioria dos estudos revela ocorrência de anormalidades psicocomportamentais em pessoas com Fibromialgia, dado que a dor crônica é condição estressante que interfere com a capacidade de atenção, concentração e memória. Desta forma, o estresse e a ansiedade são significativamente elevados em casos de SFM: 71% dos indivíduos com SFM, em um estudo, apresentavam depressão e 26% transtorno de ansiedade.

É provável que as patologias psicológicas sejam conseqüência da condição de dor crônica e que o achado de condição psicológica anormal não seja requisito para o desenvolvimento da SFM. No entanto, há controvérsias: na maioria dos casos da SFM há transtornos psicossomáticos e a SFM constitui sintoma de reação às tensões emocionais. Além disso, o estresse psicológico pode ser causa de transtornos psíquicos. Segundo o DSM-IV (2002), a SFM pode ser considerada transtorno somatoforme especialmente de somatização e de dor, o que permite admitir a possibilidade do estresse desempenhar papel relevante na mediação além da perpetuação dos sintomas da Fibromialgia.

As condições psicossociais dos indivíduos com Fibromialgia influenciam não apenas a magnitude dos sintomas, como também a incapacidade funcional, pois fatores psicológicos podem influenciar os sistemas de percepção e modulação da dor.

Assim, esta síndrome poderia estar associada a alterações nos receptores neurohormonais para os quais a influência de fatores genéticos, ambientais e hormonais é necessária.

As anormalidades cognitivas relacionadas à fisiopatologia da SFM podem resultar da dor nos processos do pensamento, da ação de medicamentos, das anormalidades da função neuroendócrina e do efeito perturbador da dor crônica, da fadiga e dos estresses psicológicos.

Alguns autores avaliaram as ocupações atuais e anteriores à instalação da SFM e constataram que atividades como: digitar, manter-se sentado, caminhar durante muito tempo, estresse, elevação de peso, inclinação e realização de movimentos repetitivos ou de levantar-se, pioram os sintomas da SFM.

Portanto, atividades repetitivas prolongadas, manutenção de qualquer posição durante período de tempo prolongado e execução de tarefas muito estressantes não são toleradas pelos portadores desta síndrome. Ocupações discretamente sedentárias que permitem tarefas variadas e mudanças de posição são mais bem toleradas.

A ocorrência da SFM acomete principalmente a pessoas do sexo feminino, na proporção de oito mulheres para cada homem, entre as idades de 12 a 55 anos e independe de idade, nível socioeconômico e cultural dos indivíduos. A prevalência desta síndrome em diferentes comunidades varia de 1% a 10%, provavelmente devido à variedade de fatores demográficos e da metodologia utilizada para sua conceituação.

Em relação ao tratamento, este deve incluir o controle da dor e da fadiga, a melhora do padrão do sono, o controle das disfunções do humor, a melhora da funcionalidade e a reintegração psicossocial. Há, portanto, necessidade de interação interdisciplinar: tratamento farmacológico, tratamento fisiátrico (calor, massagem, eletroterapia, condicionamento físico, acupuntura, infiltrações dos pontos dolorosos ou PGs e cinesioterapia), tratamento psicoterápico, programas educativos e tratamentos alternativos (yoga, tai chi, watsu, técnicas de relaxamento, etc).

2

ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO FRENTE À DOR CRÔNICA, EM ESPECÍFICO À FIBROMIALGIA.

Atuação do psicólogo frente à definição e mensuração da dor.

Segundo o *Core Curriculum for Professional Education in Pain* (1995), o psicólogo deve dominar os recursos de que dispõe para definir e mensurar a dor de seu paciente. Portanto, deve familiarizar-se com conceitos psicométricos de confiabilidade, validade, utilidade, padronização e normas; entender que muitos testes psicológicos não estão padronizados ou validados para a população de dor, podendo ocorrer extrapolações inapropriadas, e, conseqüentemente, atingir conclusões inválidas.

Deve também saber que a medida da dor é fundamentalmente inferencial (você não pode saber, em última instância, da dor do outro); ela é dada pela interpretação do comportamento verbal (onde há limitações: incluem respostas enviesadas) e não-verbal (posturas, expressões faciais) (ibidem).

Além disso, deve conhecer que a dor é uma experiência subjetiva (há diferenças individuais) e biopsicossocial (tem componentes sensoriais tanto quanto componentes afetivos, cognitivos, comportamentais, e, há variações culturais, fatores situacionais e ambientais, ou seja, fatores sociais, incluindo crenças sobre a origem e natureza da dor e o acesso aos cuidados de saúde que influem na expressão e experiência da dor). Por isso, o psicólogo deve também descrever como os profissionais de saúde devem ser responsivos às variações culturais quando lidam com dor (opus citatum).

Diamond e Coniam (1997) afirmam que, embora muitos dos questionários destinados a avaliar a personalidade, o humor, o comportamento de “doença” e a capacidade de lidar com a situação possam ser aplicados por não psicólogos, a sua interpretação e significado final são mais bem apreciados por um psicólogo profissional.

Atuação do psicólogo frente à dúbia etiologia da Síndrome da Fibromialgia.

Apesar de todo o conhecimento de um psicólogo profissional sobre definição e mensuração da dor, muitas vezes ele não consegue identificar a origem da mesma. E, conforme Diamond e Coniam (idem), as pessoas que sentem dores, quando buscam ajuda especializada, procuram uma “cura”; no entanto, a dor, por vezes, não tem causa conhecida, como é o caso da Síndrome da Fibromialgia. Desta forma, as expectativas acerca do tratamento são pouco realistas, pois o desconhecimento da fisiopatologia dificulta o estabelecimento de estratégias terapêuticas (Kaziyama et al., 2005).

Talvez esta seja a razão pela qual muitos portadores de SFM interpretem sua condição como muito mais séria do que o real: a Fibromialgia, sendo síndrome de origem não determinada e de cura incerta, a limitação dos tratamentos disponíveis e principalmente a manutenção dos sintomas perturbam o processo de avaliação e produzem distorções cognitivas, (como: sentimentos de vulnerabilidade, incompreensão, desamparo e estresse), prejudicando, conseqüentemente, as tentativas de lidar com as situações de modo construtivo (Kaziyama et al., idem).

Por isso, segundo o *Core Curriculum for Professional Education in Pain* (1995), o psicólogo deve entender que há modestas correlações entre prejuízo físico, dor e incapacidade e estar apto para descrever os processos cognitivos básicos que determinam a natureza da experiência dolorosa, incluindo atenção, expectativa, ideações cognitivas, estratégias cognitivas, preocupações somáticas, rotulações, memória de aprendizagem observacional, e crenças. Segundo Diamond e Coniam (1997), também é papel do psicólogo ajudar o paciente a entender os efeitos negativos da procura dessa improvável “cura”.

Devido à falta de informação sobre a procedência de alguns casos de dor crônica, Mello (1992) afirma que, não poucas vezes, os clínicos cansados com as queixas constantes dos pacientes que não apresentam melhoras (quaisquer que sejam os recursos terapêuticos utilizados), despacham-nos de forma mais ou menos sumária, fazendo com que a peregrinação de consultório em consultório constitua uma característica universal. Diamond e Coniam (1997) afirmam que talvez isso só

vá reforçar a crença do paciente de que os médicos ainda estão por descobrir a doença de que ele padece, ou até de que não querem revelar a verdadeira natureza da sua situação.

Desta forma, podem surgir sentimentos agressivos contra o médico que não cura a doença, que por vezes, considera a pessoa como neurótico ou histérico ou que valoriza pouco as suas queixas, o que acaba se voltando contra o próprio paciente, já que esse continua a precisar do clínico (Mello, 1992). Além disso, os sentimentos de culpa e inadequação que os pacientes têm devido à sua situação, podem ser aumentados ainda mais. Por último, muitos pacientes com dor crônica podem perder a capacidade de se comunicar eficazmente com o corpo médico e paramédico (Diamond e Coniam, 1997).

Ressalva-se, todavia, que a pessoa que sente dor, apesar de não ter informações exatas da gênese desta, não deve assumir uma postura passiva frente a ela. Segundo Diamond e Coniam (idem), o especialista da dor deve devolver ao paciente a responsabilidade do controle da mesma. Desta forma, o psicólogo deve descrever as principais estratégias cognitivas que o paciente apresenta para lidar com a situação e que podem aumentar a resistência ou facilitar o diestresse; apreciar o potencial de impotência ou estratégias passivas tais como orações ou esperanças (*Core Curriculum for Professional Education in Pain* 1995) e, então, facilitar uma posição assertiva da parte do paciente, destinando-se a terapêutica ao melhoramento da auto-imagem e ao desenvolvimento de objetivos de vida positivos. Assim, um serviço psicológico eficaz pode ajudar a muitos pacientes dependentes retomar uma vida mais autônoma e produtiva (Diamond e Coniam, 1997).

Atuação do psicólogo frente à correlação entre dor e personalidade.

Kaziyama et al. (2005) ressaltam que, como a SFM acarreta modificações da funcionalidade sem alterações orgânicas específicas, alguns autores atribuíram a fatores psicológicos a sua origem. Em casos de dor crônica, o comportamento fundamentado em estratégias apenas psicológicas ou apenas médicas de enfrentamento da dor pode resultar não apenas no aumento da dor em decorrência do descondicionamento físico, como também no agravamento da dificuldade na

capacidade funcional: o estresse familiar que provém da dor, com diminuição da atividade familiar, social e sexual, é muitas vezes difícil de entender para o paciente (Diamond e Coniam, 1997).

Portanto, em primeiro lugar, diferenciar dor e sofrimento constitui um passo importante na determinação do método mais adequado de controle do paciente com dor crônica, já que, ainda que interdependentes, o tratamento de cada um poderá ter de seguir rumos diferentes (Diamond e Coniam, *idem*).

Em segundo lugar, o psicólogo deve entender que a dor crônica é um estressor severo que afeta todos os aspectos da vida da pessoa: vocacional, pessoal, familiar, financeiro, recreativo, e físico. Deve também estar atento que o estado de dor crônica por si só cria estressores e problemas adicionais (p.ex., financeiro, funcionamento familiar, funcionamento de trabalho, social, legal) (*Core Curriculum for Professional Education in Pain* 1995).

De acordo com Diamond e Coniam (1997), apesar da avaliação das relações entre dor, personalidade, perturbações neuróticas e psicóticas, e comportamento de dor ser, com freqüência, muito difícil, é de extrema importância identificar sinais e sintomas que requerem mais investigação, antes de tratar a dor como sintoma isolado.

Oliveira & Camões (2003) destacam a conveniência de conhecer um pouco acerca da personalidade das pessoas portadoras de dor crônica. Historicamente, sujeitos que apresentam dores crônicas, são reconhecidos por possuírem uma personalidade estereotipada; da mesma forma, a personalidade das pessoas portadoras de Fibromialgia mostra-se bem caracterizada.

Rachlin (1994) cita a opinião de Smyth na sua obra, segundo o qual, os referidos pacientes estabelecem padrões elevados, sendo que exigem muito deles próprios e de outros indivíduos. São extremamente cautelosos, honestos, asseados, éticos, persistentes, trabalhadores e virtuosos. O desgaste físico e mental para manter esta imagem social é enorme, o que acarreta estresse e tensão, dois fatores inimigos e cruciais nos pacientes com Fibromialgia. Rachlin (*idem*) informa que, geralmente, estes pacientes possuem uma história de vida anterior à doença, que tem um desempenho exemplar no trabalho, tendo por vezes mais que um emprego, sentindo-se desconfortáveis nos períodos de férias, com pouco tempo dedicado ao descanso e patologicamente autoconfiantes. Por isso, segundo o *Core Curriculum for Professional Education in Pain* (1995), o psicólogo deve conhecer as principais

mudanças desenvolvimentais na percepção da dor do paciente, desde o nascimento, passando pela maturidade da vida adulta até a velhice.

Sobre a construção do comportamento de dor, Fordyce (1981), apud Mello (1992), diz que há dois tipos de comportamento: respondente e operante. O comportamento respondente é automático e instantâneo como a pessoa que põe a mão na panela quente e logo retira. O comportamento operante é aprendido e se mantém ou se extingue conforme as reações do meio: reforçamento ou punição. O exemplo é o de uma criança que cai no chão áspero, esfolia o joelho, sente dor e chora. Por chorar, recebe o cuidado e o carinho dos pais. Alguns dias depois, cai na areia e, mesmo sem sentir dor, chora e, de novo, recebe a atenção dos pais. Essa criança tem no choro um comportamento operante, isto é, que é acompanhado de conseqüências, no caso positivas (seu comportamento é reforçado positivamente) e passa a ocorrer sem o estímulo nociceptivo original.

Conforme o mesmo autor, “os reforçadores podem ser diretos ou indiretos. As respostas favoráveis do meio caracterizam os reforçadores como diretos. No caso de dor, os cuidados do cônjuge, o repouso, a medicação, a atenção médica, etc. Os reforçadores indiretos levam a resultados idênticos, mas, neste caso, expressam-se como evitação de situações desagradáveis ou obrigações penosas” (pág. 170).

Mello (1992) supõe que “a dor crônica se possa perpetuar pela presença de reforçadores e tornar-se uma dor operante, mesmo que algum dia tenha sido uma dor respondente. Nota que todo o sistema de saúde pode atuar como reforçador positivo na medida em que os médicos acolhem o comportamento de dor, focalizam a atenção sobre o sintoma e sobre ele concentram a terapêutica. Nesse caso, só o reconhecimento e a supressão dos reforçadores podem interromper o ciclo” (pág. 170).

Portanto, para saber sobre a construção do comportamento de dor do indivíduo, de acordo com o *Core Curriculum for Professional Education in Pain* (1995), o psicólogo deve: reconhecer que a experiência de dor de uma pessoa impressiona outras pessoas, ou seja, que as comunicações da dor, diestresse, e sofrimento pelo paciente podem eliciar respostas dos profissionais de saúde e de outras pessoas significativas. Todavia, deve estar alerta que estas vão variar no modo como elas respondem ao sofrimento da outra.

Por isso, o psicólogo deve descrever o processo da socialização com a família e a sociedade, através de experiências diretas, instrução, modelação e

aprendizagem observacional, e reforçamento ou comportamentos proibidos, começando pelas variações na dor, bem como comportamentos e papel da doença; reconhecer que as experiências de vida podem equipar uma pessoa com uma substancial resiliência e habilidades efetivas de lidar com a situação (coping); deve reconhecer o papel do trauma familiar (p.ex., desavença conjugal, violência familiar) no aumento da vulnerabilidade para dor crônica tanto quanto a exacerbação ou manutenção de comportamento mal-adaptativo ou incapacidade; estar alerta das conseqüências para a família de um membro estar em sofrimento de dor crônica e, por último, descrever o papel potencial da família para promover comportamento de doença ou de saúde.

É provável que a Fibromialgia se enquadre no Distúrbio de personalidade de Somatização, pois, conforme Mello (1992), este é caracterizado pela presença de queixas somáticas múltiplas e recorrentes com a duração de vários anos, para as quais houve procura de recursos médicos, mas que não parecem revelar qualquer distúrbio físico. Começa antes dos 30 anos de idade e tem uma evolução crônica flutuante. Ocorre em 1% das mulheres e raramente em homens. Estas características são bastante semelhantes às da SFM.

Na verdade, o psicólogo pode até perceber que os sintomas do paciente surjam em decorrência da sua personalidade ou em reação ao meio que o rodeia, mas para esse paciente a experiência da dor é tão real como qualquer causa, o que faz com que não se importe em conhecê-la ao certo e sim em erradicar a dor. Talvez seja necessário ajudá-lo a modificar a forma de interpretar os seus sintomas de dor, em vez de aplicar modelos médicos tradicionais de tratamento (Diamond e Coniam, 1997).

Como afirmam os mesmo autores, os pacientes raramente se apercebem das relações entre humor, emoções, personalidade e dor, presumindo, desta forma, que os médicos crêem que a dor é imaginária. Isto pode sugerir a alguns pacientes que se abandonaram outras tentativas de investigação ao alívio da sua dor. Por outro lado, se o médico, seja pela insistência do doente, seja pela sua própria insegurança diagnóstica, aceita a dor como exclusivamente orgânica e procura esgotar todos os meios semiológicos, ver-se-á em pouco tempo diante do mesmo problema: que fazer com o paciente? (Mello, 1992).

O psicólogo freqüentemente tem oportunidade de ajudar um paciente a ir se apercebendo gradualmente de como as emoções afetam as sensações e as funções

corporais, portanto, como a dor pode ser influenciada pelo humor e como o comportamento pode ser alterado pela dor, por vezes inadequadamente. Isto poderá ajudar o paciente a encarar as dificuldades de uma forma mais realista e consciente e, através da alteração do comportamento de dor atípico, melhorar o relacionamento social e a capacidade funcional (Diamond e Coniam, 1997).

Segundo Janowsky e Sternbach (1976), apud Mello (1992), em primeiro lugar, é importante acreditar que realmente o indivíduo tem dor e isso deve ser escutado pacientemente; no entanto, de forma imperceptível, deve-se ir orientando a entrevista para os aspectos mais pessoais do indivíduo, ou seja, para os efeitos do problema nos relacionamentos pessoais, no casamento, na autoestima, profissão... Citando Engel (1969), apud Mello (idem), o mínimo que se pode querer é uma entrevista que permita ao paciente falar de si próprio, de sua família, de seus relacionamentos, tanto quanto de seus sintomas, integrando o que é considerado orgânico e o que é visto como psicológico, resultando em algo imensamente produtivo no esclarecimento da dor.

O encaminhamento psicológico deve ser sentido tanto pelo paciente quanto pelo médico como uma atitude que visa o bem do indivíduo. Algumas considerações feitas pelo clínico, mostrando de que forma os fatores emocionais e os acontecimentos da vida podem afetar o corpo e intensificar qualquer tipo de dor, são úteis e ajudam o paciente a aceitar a sugestão. Ao psicólogo cabe escolher a forma terapêutica mais adequada (Mello, idem).

Atuação do psicólogo frente à correlação entre dor, ansiedade e depressão.

Na maioria dos casos, um estado de ansiedade e um estado depressivo são habitualmente descritos por pessoas portadoras de SFM e bastante citado na literatura específica:

Mello (1992) afirma que ansiedade e humor depressivo são muito comuns em pessoas com dor crônica; do mesmo modo, Diamond e Coniam (1997) relatam que as perturbações neuróticas como ansiedade, depressão ou preocupação exagerada com as funções corporais encontram-se com freqüência associadas a síndromes

dolorosas; Copenhagen, apud Chaitow (2002) afirma que a depressão e a ansiedade são os padrões psicológicos mais freqüentemente relacionados à Síndrome da Fibromialgia.

Diamond e Coniam (1997) acreditam que a ansiedade e a depressão sejam conseqüência da dor crônica: segundo eles, a dor leva freqüentemente a ansiedade e tensão, que por sua vez podem aumentar a sensação de dor. A resultante perda de capacidade para lidar com a situação leva à perda da autoconfiança, evitando os contatos sociais e aumentando a sensação de desespero do paciente. Surge freqüentemente a depressão como conseqüência, talvez acompanhada de sentimentos de culpa, de perda da auto-estima e até mesmo de rancor.

Keef e Gil (apud Kerbaui, 2000) também demonstraram que a dor provoca ansiedade (ou seja, que a ansiedade é conseqüência da dor) e que induz espasmo muscular prolongado no local doloroso, assim como vasoconstrição, isquemia e liberação de substâncias que desencadearam a dor.

No entanto, diante de resultados obtidos em várias pesquisas, Goldenberg, (apud Rachlin, 1994) diz que não é conclusivo se a depressão, quase sempre presente, é a causa, conseqüência ou sintoma concomitante à síndrome, apesar de saber que há alguma ligação psicobiológica entre depressão e Fibromialgia.

De igual modo, Mello (1992) afirma que há considerável controvérsia a respeito da natureza e extensão da relação entre dor crônica e depressão. Para isto, cita a revisão de Magni (1987), na qual a idéia final exposta pelo autor é a de que a dor crônica, sob o aspecto psiquiátrico, não forma um grupo homogêneo e que é muito provável que um dos subgrupos possa ser classificado entre as doenças de espectro depressivo, mas há a necessidade de uma melhor caracterização dessas pessoas.

Figueiró, apud Carvalho (1999) diz que algumas síndromes psiquiátricas, como depressão maior, o transtorno de somatização, o transtorno conversivo, a hipocondria, o transtorno doloroso, o transtorno factício, a simulação e os transtornos de ansiedade, predis põem o paciente a apresentar-se ao médico com queixa de dor crônica.

Hackett (1985), apud Mello (1992) alega que doença depressiva maior é achada em cerca de 25% dos pacientes com dor crônica, mas até 100% dos indivíduos com síndromes dolorosas crônicas têm sintomas de desordem

depressiva, eventualmente secundária à dor. Negação de afetos, particularmente raiva, vem a ser um problema significativo em 44% dos portadores de dor crônica.

Kaziyama et al. (2005) também afirmam que, aproximadamente 25% das pessoas com SFM apresentam depressão maior e 50% história de depressão em algum período da vida. O paciente com dor crônica priva-se de suas funções habituais no trabalho, na família, na sociedade e, até mesmo, das de lazer.

Nos pacientes com dor crônica e depressão, estudados por Violon (apud Mello, 1992), doença mental prévia, depressão na família, dor crônica em parentes próximos e antecedentes infantis de abandono ou maus tratos foram encontrados num número significativo de pacientes.

Carvalho (1999) afirma que, desse modo, a depressão deve ser agressivamente tratada e não apenas entendida como resultado esperado do sofrimento decorrente da cronicidade do sintoma doloroso.

Portanto, para isso, o psicólogo deve, conforme o *Core Curriculum for Professional Education in Pain* (1995) estar atento que no hospital psiquiátrico e na população clínica, as queixas de dor são geralmente associadas com ansiedade, depressão, e transtornos somatoformes. Por isso, deve entender os conceitos de transtornos somatoformes (somatização, conversão, dor hipocondríaca, transtorno dismórfico corporal, transtorno factício, e simulação). Deve saber que a dor crônica não é depressão mascarada, nem é evidência para conceito de um transtorno de predisposição a dor. Também deve entender que os estados de depressão vistos em paciente psiquiátricos freqüentemente diferem daqueles de pacientes de dor crônica.

Deve ainda saber que os eventos psicológicos podem ser fatores de risco para o desenvolvimento de dor crônica e, adicionalmente, o desenvolvimento de transtornos emocionais pode ser modulado pela severidade da dor crônica na época do transtorno. Assim, deve entender que a presença da depressão pode ser um preditor de severidade do comportamento de dor e entender as várias reações emocionais para danos reais ou potenciais ao tecido, incluindo ansiedade, depressão ou raiva (ibidem).

Atuação do psicólogo no tratamento da Síndrome da Fibromialgia.

O psicólogo tem que também conhecer o tratamento e a medicação em curso, bem como a resposta do paciente à terapêutica. Ele deve conhecer quais tratamentos adicionais o paciente está fazendo, para saber se está estimulando todas as áreas que deveria, ou se está se sobrecarregando. Conforme Diamond e Coniam (1997), freqüentemente, os pacientes acumularam uma medicação vasta de cada médico que consultaram. Nenhum deles se atreveu a tirar o que pensariam ser um medicamento vital. No entanto, faz-se importante retirar medicamentos obviamente ineficazes ou que duplicam a ação de outros. Certos pacientes melhoram apenas pela redução de medicação desnecessária e dos efeitos colaterais. Por isto, o psicólogo deve também entender a diferença entre os termos: abuso de drogas, dependência, dependência física, dependência psicológica, e tolerância e como esses conceitos se aplicam aos pacientes de dor crônica (*Core Curriculum for Professional Education in Pain*,1995).

Assim como o psicólogo deve saber sobre a terapêutica médica, o médico também deve saber sobre a importância da atuação do psicólogo em casos de dor crônica. Inclusive, Diamond e Coniam (1997) afirmam que a valorização dos fatores psicológicos nem sempre é tida em conta pelo corpo médico. Para eles há muita vantagem na presença de um psicólogo na entrevista clínica inicial. A discussão depois desta permite ao psicólogo salientar certos fatores psicológicos que influenciam a percepção da dor, comportamentos de dor atípicos ou ainda ajuda a identificar os pacientes que deverão ser avaliados por um psiquiatra. Quando o psicólogo é visto como um membro do corpo clínico, e não como uma “espécie de psiquiatra” sediado num hospital psiquiátrico, há menos probabilidades de o paciente criar barreiras e rejeitar a avaliação e o tratamento psicológico daquilo que crê ser apenas uma perturbação física pura.

Vê-se, portanto a necessidade de uma inter-relação entre as diversas áreas da saúde. O psicólogo deve ter conhecimento dos diversos tipos de tratamento para a Síndrome da Fibromialgia e saber indicar para seus pacientes. Como dizem Diamond e Coniam (1997), é importante que o psicólogo tenha sua própria opinião sobre o assunto, à luz da sua formação e experiência, bem como sobre a natureza das relações com colegas de outras especialidades. Por isso, quando as demandas extrapolarem seu campo de atuação, o psicólogo deve encaminhar seu cliente/paciente a profissionais ou entidades habilitados e qualificados (item a do Art. 6º da Resolução Nº 010/05 do Conselho Federal de Psicologia).

Todavia, quando o psicólogo for indicar outros tratamentos, ele deve levar em consideração as condições econômicas do paciente, pois, conforme Kaziyama et al. (2005) os custos da SFM para a economia norte-americana são de cerca de U\$ 9 bilhões anuais. Nos EUA o custo anual médio do tratamento por pessoa foi de U\$ 2,274 em 1996. No Brasil, Martizez et al. (1995, apud Kaziyama et al., 2005) constataram que ocorreu decréscimo de 65% na renda familiar dos indivíduos com SFM; 55% recebiam auxílio da previdência social.

Além disso, o psicólogo, no relacionamento com outros profissionais não psicólogos, deve compartilhar somente informações relevantes para qualificar o serviço prestado, resguardando o caráter confidencial das comunicações, assinalando a responsabilidade, de quem as receber, de preservar o sigilo (item b do Art. 6º da Resolução Nº 010/05 do Conselho Federal de Psicologia).

Um exemplo de equipe interdisciplinar é a Clínica de Dor da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, pois inclui médicos, psicólogos, fisioterapeutas, fisioterapeutas ocupacionais, enfermeiras, assistentes sociais e respectivos residentes e estagiários. Os pacientes são avaliados e acompanhados no leito ou no ambulatório da instituição. No ambulatório, a entrevista inicial é realizada com o paciente ou familiar pela assistente social. Na consulta, o paciente aguarda atendimento na sala de espera, onde recebe orientações sobre o atendimento médico e intervenções da equipe. O atendimento e exame são realizados pelos médicos, sendo que a discussão é realizada com toda a equipe, sendo que a conduta é resultado de uma avaliação global do paciente, considerando todos os aspectos envolvidos. Quando necessário atendimento, são realizados encaminhamentos pelo próprio profissional que já apresenta vínculo com o paciente (Kerbaui, 2000).

Conclui-se, portanto, neste capítulo que a experiência dos indivíduos com SFM é dissociativa uma vez que, apesar de a dor ser contínua, a afecção não é progressiva ou degenerativa e não ameaça a sobrevivência do indivíduo, mas causa danos e prejuízos físicos concretos, como: interrupção das rotinas cotidianas, conflitos de papéis, percepção da redução na capacidade para o desempenho de atividades, ausência de condicionamento físico e perda de oportunidades futuras (Kaziyama et al., 2005).

Como a percepção da dor é maior quando a pessoa se encontra em situações de medo, tristeza, isolamento e insônia, deve-se estimular que encontre um

ambiente agradável, despreocupação, esperança, que tenha tempo de sono suficiente, além de um maior suporte social, já que pacientes com dor crônica que têm um maior suporte social são mais ativos, necessitam menor quantidade de medicação e sofrem estresse menos acentuado. Atividades positivas podem diminuir a dor ou aumentar a tolerância algica. Quem sofre de dor crônica, em geral, faz com que a maior parte da vida gire em torno da dor e das restrições subseqüentes (Chappman in Kerbauy, 2000).

Deve haver também mudanças de hábitos, reorganização de papéis e estilo de vida, incluindo as condições ergonômicas, o que demanda tempo e exige contínua dependência do ambiente e dos profissionais de saúde (Kaziyama et al., 2005).

Portanto, os principais pontos para o tratamento do componente afetivo da dor crônica são: explicar a causa da dor para o paciente, se houver; estabelecer metas realísticas apropriadas ao indivíduo e encorajá-lo à execução das mesmas; prescrever e estimular a atividade física gradativa; desencorajar qualquer tentativa da família de reforçar o comportamento operante do indivíduo; esta deve ser instruída sobre a necessidade de não valorizar em demasia a queixa do paciente; usar antidepressivos conforme a necessidade (Janowsky e Sternbach, 1976, apud Mello, 1992).

Todavia, também se faz mister prevenir a recorrência dos sintomas, melhorar ou manter a qualidade de vida na reabilitação desses indivíduos, pois segundo McCain (1994, apud Kaziyama et al., 2005), apenas 50% dos pacientes melhora após as intervenções disponíveis.

3

A RELAÇÃO ENTRE TEORIA E RECURSOS TÉCNICOS NA CONSTRUÇÃO DA ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO NO TRATAMENTO DE INDIVÍDUOS COM DOR CRÔNICA.

A Psicologia no controle da dor crônica.

Diamond e Coniam (1999) afirmam que as abordagens psicológicas são cada vez mais utilizadas como parte de uma abordagem multidisciplinar de controle da dor. Conforme Cordioli (1998), juntamente com os psicofármacos, os diversos modelos de psicoterapia constituem recurso importante de que dispõem os profissionais da saúde para orientar seus pacientes. Para se fazer a escolha de qual modelo indicar, uma série de fatores pesam, tais quais: a capacidade de estabelecer um vínculo com o terapeuta, a motivação para a mudança, a capacidade para ser introspectivo e para tolerar frustrações, o custo financeiro, a disponibilidade de tempo, a acessibilidade, etc.

De acordo com o mesmo autor, muitos pacientes apresentam mais de um transtorno ou problema ao mesmo tempo, os quais exigem intervenções diferentes, eventualmente envolvendo outros indivíduos, a família ou até grupos sociais, demandando, assim, a integração de diferentes abordagens terapêuticas: psicoterapia individual, psicofármacos, terapia familiar e social, etc.

Desta forma, no que se refere à escolha da abordagem mais apropriada para o indivíduo, Cordioli (idem) enfatiza que:

A seleção do método de tratamento e da psicoterapia em particular num momento específico da vida do paciente é uma das questões mais complexas e difíceis da prática clínica, envolvendo conhecimento, julgamento clínico e bom senso. É necessária uma avaliação cuidadosa dos seus problemas, de suas condições pessoais e de vida, eventualmente a realização de exames complementares, testes psicológicos, aplicação de escalas, etc., além do conhecimento das alternativas existentes, os seus alcances e limites, num processo que pode ocupar várias entrevistas, antes da decisão propriamente dita (pág. 77).

Qualquer que seja a abordagem, o tratamento psicoterápico, como já abordado no capítulo anterior, tem como objetivo principal a melhora do funcionamento do indivíduo. Concentram-se especialmente nos problemas gerados pela interação entre cronicidade da doença e os estresses dela resultante (Kaziyama et al, 2005), ou seja, o principal objetivo não é a redução da dor e sim: aumentar o autocontrole da dor, a autonomia e os níveis de atividade física e social e diminuir a perturbação emocional, já que muitos pacientes sentem-se passivos e sem esperança, à espera de que outra pessoa (médico ou outro profissional) lhes alivie a dor.

Portanto, a finalidade da terapia é modificar este tipo de controle externo: "os pacientes são encorajados a assumir a responsabilidade pelo controle dos seus próprios sintomas, como forma de adquirir autonomia e auto-estima. O paciente deve assumir o controle de sua vida, em vez de deixar que a dor o controle. Uma parte importante deste aspecto do controle da dor é ensinar o paciente a aplicar estratégias de *coping*, dando-lhe autonomia na relação médico-paciente. Ensina-se-lhe que a dor faz parte da sua vida e que depende dele torná-la o mais aceitável possível" (Diamond e Coniam, 1999, pág. 170).

A Psicologia Comportamental no tratamento da dor crônica.

A Psicoterapia Comportamental tem no condicionamento operante o desígnio de identificar comportamentos de doença e remover os ganhos, identificando simultaneamente comportamentos adequados e recompensando-os. Segundo Turner e Chapman, (1982, apud Diamond e Coniam, idem), o condicionamento operante pode aumentar o nível de atividade física do paciente e reduzir a dependência da medicação, e parece que estas alterações podem ser mantidas em longo prazo. No entanto, como é de se esperar, pelo que já foi abordado anteriormente, a redução dos níveis de dor é freqüentemente mínima. Desta forma, deve-se dizer aos pacientes para esperarem uma melhoria da qualidade de vida mais do que propriamente uma redução total de sua dor.

Ao que se refere ao tratamento da depressão, associada à dor crônica, Cordioli (1998) aponta a Psicoterapia Comportamental e a Psicoterapia Cognitiva

como uma das principais abordagens, pois a ênfase em tratamentos psicoterápicos breves (em torno de 20 sessões) deve-se não apenas às considerações custo-benefício, mas também porque pelo menos 66% dos ganhos terapêuticos das psicoterapias da depressão tendem a ocorrer nas primeiras 20-25 sessões. Estas trabalham o “aqui-e-agora” e têm como alvo principal a resolução de sintomas e/ou problemas, e não a reestruturação da personalidade dos pacientes. Todavia, embora elas sigam também efetivas na fase de continuação, o papel das mesmas na fase de manutenção do tratamento está bem menos testado e avaliado.

Os modelos mais freqüentemente praticados pela Psicoterapia Comportamental no tratamento da depressão são os de autocontrole e de treinamento de habilidades sociais, ambos derivados das teorias de aprendizagem social. Assume-se que a depressão e o reforço sejam fenômenos relacionados, e que os déficits nas habilidades sociais contribuem para a incapacidade de obter os reforços positivos disponíveis no ambiente social e/ou lidar com as adversidades do cotidiano. Há quatro elementos básicos nesta terapia: análise funcional do contexto dos sintomas, monitoração e planejamento de atividades, manejo de experiências aversivas e desenvolvimento de habilidades sociais (Scott, apud Cordioli, 1998).

Os comportamentos de autocontrole, dentro da perspectiva do Behaviorismo Contemporâneo (Day, 1992, apud Kerbauy et al, 2000), são considerados comportamentos operantes controlados por eventos ambientais. Dessa forma, diferentes contingências de reforçamento controlam diferentes comportamentos de autocontrole. Assim, tomar diariamente um medicamento poderia ser considerado uma resposta de esquiva de complicações da doença (Sidman, 1953, apud Kerbauy et al, 2000). Seguir uma dieta alimentar poderia ser um comportamento controlado por regras (Skinner, 1966, apud Kerbauy et al, 2000). Praticar exercícios físicos poderia ser reforçado pela aprovação social dos companheiros. Fazer auto monitorização poderia ser controlado pela aprovação do profissional da saúde. São as contingências de reforçamento que governam o comportamento. Segundo Skinner (1998, apud Kerbauy et al, 2000), o comportamento é modelado e mantido pelas suas conseqüências que ocorreram no passado. Além disso, é necessário que o ambiente social do indivíduo (família, amigos, profissionais da saúde) forneça reforços contingentes à apresentação de comportamentos de autocontrole para manter tais comportamentos (Kerbauy et al., 2000).

Ao longo do processo terapêutico, o psicólogo comportamental, geralmente, faz uso da entrevista para atingir três objetivos: interacionais (estabelecer uma relação de confiança, a qual já deve ocorrer desde a entrevista inicial), de coleta de dados (estes devem ser, sobretudo, pessoais e aqueles que indiquem e especifiquem o motivo da procura de tratamento, ou da queixa), e de intervenção (a qual não precisa ocorrer de imediato na entrevista inicial). É principalmente com base nos dados do cliente que se define a entrevista comportamental, dados estes necessários para uma análise funcional do comportamento (Gongora, 1998).

A Análise Funcional dirige-se a metas de aprendizagem de outras maneiras de agir, propiciando, então, novas condições para essa aprendizagem; para que isto ocorra, faz-se necessário a análise meticulosa das contingências as quais a(s) queixa(s) ou o(s) problema(s) está(ão) sendo mantido(s). Assim, a análise funcional de contingências, cuja operação produz um comportamento “desadaptativo” é realizada visando à aquisição de novos repertórios comportamentais, em substituição desses já apresentados, fortalecendo e mantendo, portanto, o comportamento desejado.

Os elementos básicos da análise funcional são os estímulos antecedentes, as respostas (ações dos organismos) e conseqüências (mudanças que seguem a emissão da resposta e que alteram a probabilidade de ocorrência da mesma) (Rangé, 1995). Também, podem ser levados em consideração características ou eventos que abranjam variáveis influenciadoras do(s) comportamento(s) inassertivo(s). Tais características podem ser a condição filogenética e ontogenética do sujeito; e os eventos influenciadores dos comportamentos inassertivos podem ser o estado/tempo de privação do sujeito em relação às contingências, a história de vida do sujeito, entre outros.

Nesta abordagem cabe ao terapeuta identificar as causas mantenedoras dos comportamentos “desadaptativos” do cliente e fornecer meios para que os objetivos de ambos (terapeuta e cliente) sejam alcançados (Lettner, 1995, apud Range, opus citatum). Neste sentido o papel do terapeuta é o de identificar, por meio de inferências (Skinner, 1995), as relações funcionais dos comportamentos, utilizando como dado a própria sessão e a relação terapêutica (Guilhardi, 1997).

Segundo Campos (apud Banaco, 1999), a Análise Funcional é um dos passos decisivos e mais difíceis no processo de mudança de um comportamento.

De acordo com a autora, se não se determinar as variáveis mantenedoras do comportamento do cliente, o terapeuta pode perder tempo, visando alvos funcionalmente irrelevantes.

A Análise Funcional tem que, portanto, determinar:

- 1) Antecedentes situacionais potenciais;
- 2) Variáveis organísmicas;
- 3) Variáveis de Respostas (Comportamentos);
- 4) As conseqüências do comportamento.

Durante este processo, há a necessidade de levantamentos de hipóteses até se chegar à Formulação Comportamental, em que o clínico examina a riqueza das informações e procura dar um sentido a elas, identificando suas relações.

Nesse momento, o terapeuta pode desenvolver um modelo acurado de predição do comportamento do cliente. Para que possa desenvolver a terapia adequada para o caso em particular, resolvendo se vai trabalhar com as queixas do cliente ou com as ansiedades subjacentes a elas, e, respeitando a natureza ideográfica da atividade clínica.

A Psicologia Comportamental Cognitiva no tratamento da dor crônica.

Segundo Diamond e Coniam (1999), as cognições (atitudes, crenças e expectativas) relacionadas com certas situações podem influenciar as reações emocionais e comportamentais de resposta. Por isso, a terapia cognitiva destina-se a modificar a experiência de dor através das alterações das variáveis cognitivas; ou seja, pretende minimizar o sofrimento que a dor produz, por meio da alteração da forma pela qual o indivíduo interpreta os sinais de dor. Esta vertente psicológica poderá envolver técnicas de distração, de imaginação ou alteração do significado individual da dor.

'O termo "terapia cognitiva" engloba a identificação pelo paciente de crenças negativas respectivas à dor e aos seus efeitos e a sua substituição por pensamentos e atos positivos. As técnicas de imaginação, de distração e relaxamento são ensinadas como estratégias para lidar com o estresse associado à dor crônica. Se o paciente for ensinado a estar mais consciente dos eventos que aumentam ou diminuem a dor, pode obter mais controle sobre ela, em vez de continuar com uma atitude passiva relativamente aos sintomas. Um aspecto importante da terapia cognitiva é o uso de técnicas em que o paciente é ensinado a reinterpretar as sensações de dor' (ibidem, pág. 166).

Portanto, a avaliação cognitiva depende de fatores pessoais e situacionais; ela se dá a partir de dois fatores: a) dos julgamentos que o indivíduo faz das demandas internas e ambientais e, b) dos recursos disponíveis para controlá-las. Assim, a avaliação primária consiste em analisar se a situação proporciona bem-estar ao indivíduo. E, a avaliação cognitiva secundária ou enfrentamento (*coping*) destina-se a ponderar os recursos e opções disponíveis que o indivíduo possui para controlar ou reduzir os prejuízos reais ou potenciais em relação à situação. Baseia-se em informações acumuladas pelas experiências prévias e implica em considerações que envolvem as crenças do indivíduo sobre si mesmo e sobre a disponibilidade de recursos pessoais e ambientais (Kaziyama et al, 2005).

Os mesmos autores afirmam que no caso de dor, ao menos inicialmente, os indivíduos procuram justificar a ocorrência desta e, se possível, procuram aderir a estratégias para proporcionar o seu alívio imediato. A avaliação cognitiva se refere, então, à modificação dos julgamentos já realizados, graças às novas informações provindas do ambiente e/ou das próprias reações do indivíduo; assim, depende das informações e resultados obtidos nas etapas anteriores; se estes forem ambíguos, infrutíferos ou inexistentes, há risco da ocorrência de vieses cognitivos.

“O caso de Sally”, publicado por Catalano e Hardin (2004), ilustra o procedimento da Psicoterapia cognitiva:

O chefe de Sally tem um prazo a cumprir, e Sally se vê no computador, digitando a todo vapor. Ela fica sem almoçar e sem intervalos de café para poder concluir o trabalho. Sente que suas costas vão ficando mais tensas com o aumento da pressão em virtude da posição rígida. Ela aperta os dentes enquanto pensa:

“Meu chefe devia ter planejado melhor”.

“Se eu ignorar a dor, posso fazer isso agora e relaxar depois”.

“Minhas costas estão me matando – eu não deveria ter sido tão tola naquele dia na academia, quando quis chamar a atenção e tentei levantar todo aquele peso”.

“Não posso me dar ao luxo de ir devagar ou de fazer uma pausa senão meu chefe é capaz de achar que eu não posso fazer o trabalho”.

No final do dia, Sally não tem apenas dor nas costas, mas também uma dor de cabeça latejante causada pela tensão de apertar os dentes o dia inteiro. Ela chega em casa exausta e desaba na cama.

O caso de Sally foi tratado pela teoria cognitiva (pelo “Modelo ABCD”). Aaron Beck foi um dos pioneiros no campo da teoria cognitiva e, segundo ele, os pensamentos negativos fazem parte de uma “espiral descendente” de pensamento depressivo; ou seja, depois de se iniciar, o impulso dos pensamentos negativos continua a levar a pessoa cada vez mais para baixo, a menos que ela faça algo para romper com esse padrão. Albert Ellis, outro pioneiro do campo da psicologia cognitiva, argumenta que os pensamentos criam as emoções; ou seja, o que a pessoa pensa se transforma no que sente. Pela reestruturação cognitiva (mudando o modo de pensar) faz-se capaz mudar o monólogo negativo interno que alimenta a ansiedade, depressão e raiva, que inevitavelmente piora a dor (Catalano e Hardin, *idem*).

O “Modelo ABCD”, desenvolvido por Ellis, Beck e outros (apud Catalano e Hardin, *ibidem*), consiste em:

A é o “acontecimento ativador” ou estressante;

B é o “sistema de crenças” ou os pensamentos e atitudes acerca do acontecimento estressante;

C são as “conseqüências” do acontecimento ativador ou, basicamente, os sentimentos;

D é um modo de mudar a seqüência de acontecimentos descrita anteriormente, ou seja, “debater” o pensamento negativo que foi descoberto em *B*, e que pode afetar profundamente o modo em que se sente em *C*.

O pensamento que Sally escolheu para trabalhar foi “minhas costas estão doendo de novo”. O sentimento ligado ao pensamento era medo. Ela identificou outros pensamentos também vinculados a seu sentimento de medo como: “vai ser tão ruim como antes”, “mais uma vez terei que ficar de cama durante meses”, “meu chefe não vai gostar de mim”. Depois de ter relacionado todos os pensamentos

ligados ao medo e a “minhas costas estão doendo de novo”, Sally reviu a lista dos oito estilos de pensamento negativo.

Ela conseguiu identificar seu pensamento inicial como previsão de catástrofes, pensamento polarizado, e até mesmo algumas afirmações “deveria”. Percebeu que poderia não ter de ficar de cama durante meses, e que estava esperando o pior (previsão de catástrofes). Percebeu que estava dizendo a si mesma que deveria ser perfeita para seu chefe, pois de outra forma ele não gostaria dela (pensamento polarizado e afirmação “deveria”). Percebeu que quando sentia medo, imediatamente concluía que todos seus pensamentos de medo eram absolutamente verdadeiros (raciocínio emocional).

Esta é a refutação de Sally ao pensamento “Minhas costas estão doendo de novo”:

Existe algum apoio racional para isso? Sim, alguns porque minhas costas doeram muito antes. Existe qualquer razão para acreditar que isso poderia não acontecer? Nessa situação específica, a dor não é grave e não há evidências de que minhas costas ficarão tão mal e “doerão” tanto quanto antes. Eu também me lembro de que tive diversas contusões nas costas desde minha lesão inicial e passei por cada uma delas sem que elas se transformassem num grande problema.

Desde a contusão, eu tenho me exercitado e praticado regularmente o gerenciamento de estresse. Eu sei como cuidar disso a longo prazo, e sei o que fazer imediatamente para que a dor não piore (relaxar, alongar, diminuir o ritmo”.

Sally usou o formato ABCD da seguinte forma:

A	B	C	D
Acontecimento ativador (estressante)	Sistema de crenças (pensamentos)	Conseqüências (sentimentos)	Refutação
<i>Dor nas costas enquanto digitava hoje à tarde.</i>	<i>Ah, não! Minhas costas estão doendo de novo. Será tão ruim quanto antes. Nunca vou conseguir fazer esse trabalho direito. Nunca vou trabalhar de novo. Meu chefe deveria ser mais organizado e não me sobrecarregar assim.</i>	<i>Medo Ansiedade Raiva Frustração</i>	<i>Estou esperando o pior (previsão de catástrofes). Embora eu esteja ansiosa isso não quer dizer que eu deva chegar a conclusões (raciocínio emocional). Meu chefe nem</i>

*sempre trabalha
como eu acho
que ele deveria
(afirmação
"deveria").
Não se preocupe
– vou achar
tempo para me
exercitar e passar
por isso (apoio).*

O Psicodrama no tratamento da dor crônica.

Até aqui foram abordadas a Psicoterapia Comportamental e a Psicoterapia Cognitiva como modelos para o tratamento de dor crônica. Considerando que alguns autores admitem a dor crônica e a Fibromialgia como vertentes da psicossomática, apresenta-se a proposta de Freire (2000) para o tratamento desta (o somatodrama):

A autora, psicóloga psicodramática, com freqüência se questionava como trazer à cena a dor tão intensa expressa por seus clientes, pois notava nos atendimentos que a forma de comunicação verbal destes era bastante empobrecida, restringindo-se a relatar experiências com seus sintomas e doenças no nível de suas vivências corporais, como, por exemplo, dores variadas, dificuldades de locomoção e outros impedimentos, sempre acompanhados de uma urgência na sua resolução, o que, para ela, era bastante justificável, pois se encontravam expostos a sofrimento físico. Quando solicitados a uma ação dramática, na maioria das vezes colocavam empecilhos devidos às suas dores e limitações físicas.

Pierre Marty, médico e psicanalista francês, citado por Almeida (2000, apud Freire, idem) afirma que: "O estudo das imbricações do funcionamento mental e corporal ao longo do desenvolvimento individual constitui o objeto por excelência da pesquisa psicossomática" (pág. 09). Freire (ibidem) afirma que o termo psicossomática, do grego *psyche* = alma e *soma* = corpo, vem sendo usado pela medicina e pela psicologia ainda de forma confusa, com várias significações, contudo, propondo uma integração.

Quando se fala em psicossomática, há uma referência a sintomas, doenças e queixas físicas ligadas ao psíquico. Para J. Mello Filho (1992), toda doença

humana é psicossomática, já que incide em um ser provido de soma e psique inseparáveis, anatômica e funcionalmente. Os processos biológicos, mentais ou físicos são simultâneos, exteriorizando-se predominantemente em uma área ou outra, conforme a sua natureza ou ângulo sob o qual estão sendo observados. Portanto, o desenvolvimento da pesquisa psicossomática leva a pensar sempre numa possível influência psicológica na gênese de qualquer doença. Por outro lado, qualquer que seja a origem de uma doença, esta passa a ser instantaneamente psicossomática, por suas várias repercussões.

Kiviniemi, apud Freire (2000), considera os seguintes princípios gerais em que se baseia a teoria psicossomática da doença etiologicamente orientada: estruturas de personalidade e doença estão inter-relacionadas; a repressão das emoções causa repressão psicológica e fisiológica; uma forma inadequada e inconsciente de enfrentar as frustrações conduz à disfunção orgânica que, por sua vez, aumenta a suscetibilidade à infecção; padrões de comportamento aprendidos sob influências ambientais interferem na acentuação ou na inibição da suscetibilidade à doença. Da mesma forma, compreensões e estudos de como o psiquismo se expressa através do corpo afirmam que o corpo é o porta-voz de verdades inconscientes que buscam revelação, e o fenômeno psicossomático é um enigma que tem sua linguagem própria e pessoal por meio da ação.

P. Marty (citado em Almeida, 2000, apud Freire, idem) introduz os termos "alexitimia" e "pensamento operatório", por onde se abre interessante perspectiva para compreensão e aprofundamento das hipóteses pelas quais é a experiência emocional a responsável por estabelecer o vínculo corpo mente. Alexitimia refere-se à ausência de palavras para nomear e descrever as emoções, e pensamento operatório, à dificuldade de o sujeito pensar, sentir e expressar suas emoções, resultando numa ideação dura, objetiva, econômica e exclusiva para operar a fala. Não há espaço para a digressão, a fantasia, o sonho, as idealizações e o devaneio. Há sim, o medo de amar e perder-se no relacionamento com o que é humano. Alexitimia e pensamento operatório constituem o perfil do paciente psicossomático.

Por isso, aqui se encontra o valor do trabalho psicodramático, em cuidar da quantidade e da qualidade das representações mentais e seus afetos, dispondo-as a evocação, para a ressignificação, para a ampliação de suas redes comunicacionais (inter e intrapsíquicas) e, principalmente, para trazer à tona as emoções expressivas. Tudo por meio das teorias dos papéis, do momento, da espontaneidade, da

sociometria e da teoria da "segunda vez", em que se dramatiza para desdramatizar (ibidem).

O corpo é a referência física do sujeito: nele está a história genética, a marca da hereditariedade. Está também a expressão da inteligência, o registro de vivências e a possibilidade de ações e opções. Nele estão as particularidades do indivíduo e também as próprias da espécie. Ele contém a sexualidade e a agressividade. No corpo está o fisiológico, o instintivo, o não consciente, o espontâneo, os papéis psicossomáticos. Nele se imprime o condicionamento, o cultural, o educado, o "robotizado", a conserva, os papéis psicodramáticos e sociais. Através dele exprimem-se o "si-mesmo" psicológico e o fisiológico. É pelo corpo que o Eu, expressão psicológica do ser global, integra-se em vários níveis (emocional, intelectual e vivencial).

Por isso, o corpo é o sujeito e o objeto de desejo. É a casa do simbólico. Diante de uma situação conflitiva, a pessoa não consegue se expressar pela emoção, ação ou verbalização, mas somente por meio de sintomas, doenças e alterações somáticas. Essa forma de comunicação e expressão teria como objetivo reparar, no presente, algo que ficou truncado no passado.

Por não conseguir diferenciar de forma clara seu Mundo Externo, o emissor utilizará o sintoma como mensagem para o meio ambiente. O meio ambiente, ao não perceber que essa comunicação pertence ao Mundo Interno do emissor, dará sua resposta considerando a mensagem apenas no nível do seu Mundo Externo. O emissor (portador do sintoma), que também se vê impossibilitado de perceber que se trata de uma comunicação no nível do Mundo Interno, aceita a resposta dada pelo meio ambiente, deixando de procurar a resposta no seu Mundo Interno. Dessa forma, tenderá a se perpetuar a compulsão e a repetição do ciclo.

O somatodrama surge com a proposta de uma nova compreensão sobre a doença: **o ser que adocece**, vendo nos sintomas e doenças orgânicas uma possibilidade, um caminho para o auto conhecimento e transformação, trazendo à cena o desconhecido, o negado, resgatando partes e fragmentos, e assim recompondo a unicidade perdida. Portanto, há uma compreensão a respeito da dor e do adoecer humano, deixando claro que a fronteira entre dor psíquica e a dor física é tão sutil quanto a separação entre o corpo sensível e o corpo, já que toda formulação moreniana é totalizadora: inclui o psicológico, o biológico, o social.

Reforça-se, então, que para os fenomenologistas não há dicotomia, pois o psiquismo é corpo vivido e sentido. Com essa afirmação se reconhece a não-dicotomia entre corpo e mente, e confirma-se, assim, o somatodrama na sua visão de unicidade e totalidade. Alerta e orienta que os psicoterapeutas devem estar atentos aos aspectos físicos e fisiológicos dos seus pacientes, por acreditar que os dois segmentos, corpo-mente, são uma única entidade, categoriais existentes uma na outra, encarnadas, irredutíveis e inseparáveis, bem como devem estar alertas para o corpo íntegro, que é também linguagem, mensagem, atitude, ato e ação.

Técnicas psicológicas alternativas no tratamento da dor crônica.

A Clínica da Alegria ilustra outras formas de terapia. Kerbauy et al (2000, pág. 132) relatam que esta é um Centro de Convivência para pacientes com queixa de dor crônica, encaminhados por diferentes especialidades médicas de um Hospital-Escola. Em média, 60 pessoas de ambos os sexos e causas variadas de dor crônica participam das atividades durante 90 minutos, semanalmente. A equipe multidisciplinar é composta de médicos, psicólogos, fisioterapeutas, enfermeiros, terapeutas ocupacionais e assistentes sociais, residentes e estagiários das respectivas áreas. Incentiva-se a mudança e a adoção de atitudes que recompensem a saúde, atividades não relacionadas com a doença, e principalmente, estimular que os pacientes façam tomem as atitudes por si mesmos. As atividades desenvolvidas são descritas a seguir:

Para alterar o estado físico, trabalha-se com a emoção e a imaginação que fazem a comunicação entre a mente e o corpo. Independente da causa e da intensidade dolorosa, Farrel, (1985 apud Kerbauy et al, idem) acredita que a vida pode ser vivida significativamente bem. Para ele, a atividade física leva a associar juventude, energia, vigor, felicidade e até desafio às condições adversas. Adotam-se vários tipos de exercícios para o fortalecimento muscular e maior flexibilidade, para ter o controle sobre o corpo e principalmente aumentar a produção de endorfina. Essa substância é produzida no cérebro, em vários locais, e de maneira geral diminui a percepção da dor; aumenta a sensação de bem estar e até mesmo de euforia.

Os exercícios também proporcionam relaxamento, diminuição da ansiedade e depressão, dos efeitos do estresse e melhora da auto-imagem (Herber & Sutton, 1984 apud Kerbauy et al, idem). As técnicas de relaxamento muscular levam à diminuição da frequência, intensidade e duração da dor. Aumenta o fluxo sanguíneo cerebral, eleva a produção de neurotransmissores (tipo endorfina, encefalina, serotonina). Relaxamento é uma resposta fisiológica integrada que é caracterizada por diminuição generalizada do sistema nervoso simpático e da atividade metabólica (Benson, Pomeranz & Kutz, 1984 apud Kerbauy et al, idem).

Meditação com visualização dirigida traz diminuição da excitabilidade e, como consequência, diminui a percepção algica. Embora existam diferenças metabólicas entre corrida e meditação, a alteração do ânimo após essas atividades podem ser similares quando associadas com mudança hormonal similar. O ânimo fica elevado após as duas atividades, mas sem diferença significativa. Ocorre aumento considerável de beta endorfina e corticotropina após a corrida e de corticotropina após a meditação, mas nenhuma diferença significativa em corticotropina entre os grupos. A corticotropina é correlacionada com o humor elevado após corrida e a meditação (Harte, Eifert & Smith, 1995 apud Kerbauy et al, idem).

A aprendizagem é mais eficaz quando é divertida. Mímica, brincadeiras de salão e jogos variados fazem parte das atividades. As brincadeiras provocam risadas que melhoram a oxigenação, induzem o estar relaxado e o aprender a se esgotar. Um dos melhores resultados da brincadeira é o prazer que é uma motivação poderosa em qualquer atividade humana. Música e dança ajudam no processo de cura ao diminuir a fadiga crônica e a tensão e ao melhorar o metabolismo envolvendo a emoção e a relação mente-corpo (Guzzeta, 1989 apud Kerbauy et al, idem). Música lenta, suave diminui a resposta fisiológica associada com o estresse, enquanto ritmo mais acelerado eleva a resposta fisiológica (Standley, 1986 apud Kerbauy et al, idem).

O apoio social proporcionado leva a um melhor enfrentamento dos processos casuais e a uma adequação do comportamento visando a atitudes mais saudáveis. A maneira de ajudar é reforçar a crença na capacidade de melhorar, ampliando a confiança no amparo que a vida proporciona. Sabe-se que para curar a dor há a necessidade de ir além dos condicionamentos e das limitações. O mais importante é que o paciente "desloca" a vida da dor e utiliza as técnicas em seu

ambiente familiar. Aprendem estratégias de enfrentamento e comportamentos saudáveis, eliminando e abstendo-se de comportamentos que perduram a dependência medicamentosa e/ou atividade anti-sociais (Kerbauy et al, idem).

Kaziyama et al (2005) cita outro exemplo de programa educativo multidisciplinar: o do Hospital das Clínicas da FMUSP. Este foi efetivo quanto ao decréscimo do impacto da dor na vida de indivíduos com Fibromialgia em proporcionar melhora da capacidade funcional, bem-estar e na percepção da dor. Todavia, o programa não foi capaz de alterar a qualidade da dor original.

Vê-se, portanto, que apesar da existência de diversas abordagens psicológicas que podem ser úteis no tratamento da dor crônica, dos programas de avaliações, tratamentos e orientações interdisciplinares que enfatizam a educação, os medicamentos, o alongamento, o condicionamento físico e outros procedimentos fisiátricos, a reação aos problemas psicológicos e a correção das síndromes associadas, há evidências que pessoas com SFM são auxiliados, mas não curados. Nestes programas, dos quais participam médicos e outros profissionais da saúde (enfermeiras, assistentes sociais, psicólogas, fisioterapeutas), as pessoas se reúnem periodicamente e recebem orientações e, com tática de dinâmica de grupo, trocam idéias entre si. Esta modalidade terapêutica revelou-se benéfica em programas durando seis meses e proporcionou melhora persistente durando dois anos após o seu término (ibidem).

Adesão ao tratamento da dor crônica.

Como foi visto, o tratamento da Fibromialgia e de dores crônicas, no geral, costuma ser demorado, complexo, envolvendo várias modalidades, e requer uma mudança no estilo de vida, necessitando cuidados freqüentes. Além disso, os medicamentos podem apresentar efeitos colaterais e seria importante que o tratamento fosse de caráter preventivo. Conforme Kerbauy et al., 2000, estes fatores dificultam a adesão ao tratamento.

Os mesmos autores dizem que as instruções que são dadas para o paciente constituem um outro ponto relevante para a adesão, pois quando inespecíficas (como, por exemplo, “você deve exercitar-se” ou “você deve perder

peso”), tornam muito difícil a apresentação dos comportamentos necessários pelo indivíduo e uma avaliação da adesão torna-se praticamente impossível.

Desta forma, muitas estratégias de intervenção têm sido desenvolvidas para melhorar a adesão ao tratamento. Uma meta-análise recente (Roter, Hall, Merisca, Nordstrom, Cretin e Svarstad, 1998, apud Kerbauy et al, idem) classificou essas estratégias em três categorias dependendo se focalizavam aspectos educacionais, comportamentais ou afetivos. Na categoria educacional foram englobadas as intervenções pedagógicas, orais ou escritas, instruções dadas pessoalmente, por telefone ou enviadas pelo correio e ainda a formação de grupos educativos de pacientes e familiares. Nas intervenções que focalizaram mudanças comportamentais, foi encontrado o treinamento de habilidades específicas, utilizando a modelagem, a modelação, o uso de lembretes, de diários, de gráfico de ocorrência da adesão e de contrato comportamental. Na terceira categoria, foram classificadas aquelas estratégias que tentam alterar indiretamente a adesão modificando os sentimentos e as emoções das pessoas em relação à doença e ao seu tratamento ou modificando seus relacionamentos sociais ou o apoio social que o indivíduo recebia, através de visitas domiciliares e grupos de aconselhamento. Os resultados da meta-análise mostraram que os programas de intervenção, que utilizaram múltiplas estratégias, foram mais efetivos que aqueles que usaram apenas uma estratégia. Quanto mais compreensivo o programa, melhores os resultados.

Ressalva-se que esforços para promover a adesão desde o momento do diagnóstico podem prevenir muitos dos problemas que ocorrem durante a administração do tratamento. Dados empíricos sugerem que a adesão inicial é um forte preditor de adesão a longo prazo (Dunbar, 1990; Sherbourne, Hays, Ordway, DiMatteo e Kravitz, 1992; Saunders, Irwig, Gear Ramush, 1991, apud Kerbauy et al, idem).

Conclui-se, com este capítulo que, independente da abordagem utilizada, uma série de comportamentos devem ser apresentados pelos profissionais de saúde para facilitar a adesão ao tratamento de seus pacientes. Alguns destes comportamentos são: comunicar-se de forma adequada com o paciente (linguagem acessível); informar pacientes e familiares sobre aspectos específicos da dor crônica; adaptar o tratamento à rotina do paciente; solicitar auto monitorização dos comportamentos de auto cuidado, principalmente no início de um tratamento; introduzir gradualmente o tratamento, quando possível; envolver familiares/pessoas

significativas no tratamento; estabelecer objetivos realistas para o tratamento; acolher e apoiar o paciente (tornar-se um reforçador para o paciente); ajudar a construir um repertório comportamental adequado, através de procedimentos de modelagem, modelação, etc.; e, por último, acompanhar o tratamento (Kerbauy et al., idem).

CONCLUSÃO

A dor é uma experiência vivenciada pela quase totalidade dos seres humanos e envolve diversas dimensões, podendo afirmar-se que se trata de um problema médico, comportamental, cognitivo e emocional. Como sintoma ou doença, é freqüentemente objeto de procura pelo sistema de saúde.

Uma das características mais claras no campo da dor crônica é a sua complexidade, definida pela combinação de alterações biológicas e psicológicas que ocorrem sob influência de diversos contextos sociais, ambientais, culturais. Um paciente que vive com Fibromialgia não só experimenta a sensação de dor, mas também, se vê forçado a viver com alterações significativas no seu dia-a-dia, provocadas pela limitação da sua atividade, por alterações no estado de humor, por uma diminuição da energia, por distúrbios de sono, entre outras.

Em casos extremos, os pacientes podem estar de tal modo absorvidos na procura constante de alívio para as suas dores que percorrem variados especialistas e vão a múltiplas consultas de urgência, esperando que com uma nova avaliação se consiga encontrar novas formas de intervenção. Numa tentativa de dar resposta a esta procura generalizada de ajuda e integrando os conhecimentos atuais acerca do fenómeno da Fibromialgia, a Psicologia reclama o seu papel e tenta desempenhá-lo da forma mais proveitosa possível para as pessoas com dor crônica.

Dada a diversidade das etiologias de dor, uma das dificuldades encontradas no planeamento de um programa de intervenção psicológica, reside no carácter fortemente subjetivo e variável de cada paciente e na peculiaridade de cada situação. Os diferentes protocolos que têm sido utilizados incluem vários tipos de medidas psicológicas, comportamentais e de funcionamento geral, assim como medidas físicas.

O objetivo de um programa de gerenciamento da dor é reduzir as incapacidades e angústias causadas pela dor crônica, assim como tratar os transtornos que podem estar associados a ela (tais como: Transtorno Depressivo, Transtorno de Ansiedade, Transtorno de Somatização, Transtorno Associado ao Uso de Substâncias), ensinando aos sofredores técnicas físicas, psicológicas e práticas que melhorem sua qualidade de vida. Assim, o alívio da dor não é um objetivo declarado; o foco está na melhora funcional.

A escolha de qual abordagem psicológica será empregada no tratamento da Fibromialgia se baseará nas particularidades do indivíduo, tais como: disponibilidade de tempo, suas características e sua psicopatologia. Como referido acima, o foco está na melhora funcional: a Fibromialgia acarreta várias mudanças na vida do sujeito e estas podem lhe trazer sofrimento. O que é trabalhado é esse sofrimento, as suas dificuldades, que, como consequência, poderá trazer um alívio da dor. Muitas vezes, há transtornos psiquiátricos associados (que podem ser causa ou consequência da dor crônica. Na verdade, não interessa saber se é um ou outro. O que interessa é que seja tratado).

Foi explanado aqui que, assim como o Transtorno Depressivo, a depressão é um dos sintomas mais presentes nas pessoas que têm a Síndrome de Fibromialgia. Portanto, a escolha da terapia mais adequada será em relação à depressão e não à Fibromialgia em si. Ou seja, não há um tratamento específico para a Fibromialgia. Deve-se perceber qual o sofrimento, qual a dificuldade que está vinculada a ela. A partir desse conhecimento, ver quais são as abordagens que melhor poderiam tratar essa dificuldade, e por último, selecionar aquela que mais se enquadra nas características pessoais do paciente.

Neste trabalho, falou-se especificamente sobre a Terapia Comportamental, Terapia Cognitiva, o Psicodrama e outras estratégias psicológicas de intervenção. Não se pode concluir que uma seja melhor que a outra, pois a preferência dependerá muito das características do paciente. Cada uma tem suas vantagens e desvantagens, mas, no geral, tendem a ser muito eficientes.

Apesar de o foco principal da psicoterapia não ser o alívio da dor, o psicólogo não deve esquecer que a pessoa que tem Fibromialgia sofre dores e está em tratamento com outros médicos, tais como: fisioterapeuta, acupunturista, osteopata, etc. Desta forma, o psicólogo deve estar em interação com estes profissionais para um melhor resultado da terapia, assim como conhecer as diversas técnicas que podem aliviar as dores de seu paciente, para poder indicá-las, e também para saber como essas técnicas podem estar influenciando na vida dessa pessoa.

Portanto, a dor é um fenômeno cuja etiologia e manifestação são multidimensionais, com bases teóricas advindas de várias ciências. Assim, uma intervenção psicológica multidimensional e multidisciplinar é mais vantajosa para o paciente quando comparada com uma intervenção biomédica. Desta maneira, o psicólogo deve sempre considerar os aspectos biológicos, psíquicos e sociais do

paciente. Acredita-se que a abordagem biopsicossocial do fenômeno de dor deveria ser prática comum na nossa sociedade.

Concluindo, torna-se importante sensibilizar os responsáveis pela política de saúde acerca da natureza multidimensional da dor crônica, enfatizando o fato de não existirem respostas simples para este complexo fenômeno e constatando-se pela necessidade de abordagens psicológicas e biomédicas, uma vez que estas apresentam menos efeitos por separado e unidas poderão ser de um valor inestimável.

Todos os estudos e trabalhos voltados especificamente para o cuidado junto a estes pacientes são ainda muito recentes. Faz-se necessário ressaltar que deve haver esforços multidisciplinares nesses estudos para que o sofrimento na situação dos pacientes com Fibromialgia não seja uma experiência de desespero, mas que encontrem nos profissionais de saúde uma resposta verdadeiramente humanizada. Como disse Hipócrates (citado em Knoplich, 2001, pág. 5): “É mais importante saber que espécie de pessoa tem uma doença, do que saber que espécie de doença a pessoa tem”.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Banaco, R. A. (1999). Técnicas cognitivo-comportamentais e análise funcional. Em R. R. Kerbauy & R. C. Wielenska (Org.), Sobre comportamento e cognição, Vol. 4, (pp. 75-82). Santo André: Arbytes.
- Carvalho, M.M.M. J. de (1999). Dor: um estudo multidisciplinar. São Paulo, SP: Summus.
- Catalano, E. M. & Hardin, K. N. (2004). Dores crônicas: um guia para tratar e prevenir. São Paulo, SP: Summus.
- Cerqueira, A. T. de A. R. (1997). Formação saúde – o psicólogo na área da saúde: a formação necessária, Sobre Comportamento e Cognição. Aspectos teóricos, metodológicos e de formação em análise do comportamento e terapia cognitiva. Vol.1, cap.50. São Paulo: ARBytes Editora Ltda.
- Chaitow, L. (2002). Síndrome da Fibromialgia: Um guia para o tratamento. São Paulo, SP: Manole.
- Código de Ética Profissional do Psicólogo. Resolução CFP nº 010/05. Art. 6º (2005, Junho/Julho/Agosto). Jornal da Psicologia. 10 -11.
- Cordioli, V. (1998). Psicoterapia – abordagens atuais. Porto Alegre: Artmed.
- Diamond, A. W. & Coniam, S. W. (1997). Controlo da dor crónica. Lisboa, Portugal: Climepsi Editores.
- Freire, C. A. (2000). O corpo reflete o seu drama: somatodrama como abordagem psicossomática. São Paulo, SP: Agora.
- Guilhardi, H. J. & Queiroz, P. B. P. S. (1997). A análise funcional no contexto terapêutico: O comportamento do terapeuta como foco da análise. Em M. Delitti (Org.), Sobre comportamento e cognição, Vol. 2, (pp. 45-97). Santo André: Arbytes.
- Helfenstein, M., Jr & Feldman, D. (1998). Prevalência da síndrome de fibromialgia em pacientes diagnosticados como portadores de lesões por esforços repetitivos. Revista Brasileira de Reumatologia, Vol. 38, 71-77.
- IASP (1995). Core Curriculum for Professional Education in Pain. Seattle, USA: H.L. Fields.
- Kaziyama, H. H. S. & cols. (2005, Março). Síndrome Fibromiálgica. Dor é coisa séria. Vol.1, nº 2, 3-17.

Kerbaux, R. R. & cols. (2000). Sobre Comportamento e Cognição: psicologia comportamental e cognitiva: da reflexão teórica à diversidade da aplicação. Vol. 5. cap. 15, 17. Santo André, SP: ESETec Editores Associados.

Knoplich, J. (2001). Fibromialgia, dor e fadiga. São Paulo, SP: Robe editorial.

Lowe, J. C. (2000). The metabolic treatment of Fibromyalgia. Colorado, USA: McDowell Publishing Company.

Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM - IV – TR. (2002, 4ª ed.) Porto Alegre: Artes Médicas.

Martinez, J. E. & cols. (1998). Análise crítica de parâmetros de qualidade de vida de pacientes com fibromialgia. Acta Fisiatrica, 5, 116-120.

Mello, F. J de & cols. (1992). Psicossomática hoje. Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul Ltda.

Oliveira, M. de F. & Camões, C. (2003) Fibromialgia e o Síndrome da Dor Crônica. Psicologia.com.pt – O Portal dos Psicólogos (on-line). Disponível: <http://www.psicologia.com.pt>

Rachlin, E.S. (1994). Myofascial Pain and Fibromyalgia: Trigger Point Management. Mosby. USA: Year Book Inc.

Rangé, B. (1995). Psicoterapia Comportamental e Cognitiva Volume 2. Campinas: Editorial Psy.

Silvares, E. F. de M. & Gongora, M. A. N. (1998). Psicologia Clínica Comportamental – a inserção da entrevista em adultos e crianças. São Paulo: Edicon.

Skinner, B. F (1995). Questões Recentes na Análise Comportamental. 2ª ed., Campinas, SP: Editora Papyrus.

Starlanyl, D. & Copeland, M. E. (2001). Fibromyalgia and Cronic Myofascial Pain. 2nd ed. USA: New Harbinger Publications, Inc.

Vitorino, D. F. de M. & Prado, G. F. do (2004) Intervenções fisioterapêuticas para pacientes com fibromialgia: atualização. Revista Neurociências. Vol. 12, nº 3 (on-line). Disponível: <http://www.unifesp.br/dneuro/neurociencias/Neurociencias12-3.pdf>