

Revista Científica

FACULDADE ATENAS- PARACATU-MG

Indexadores:

latindex

LivRe
Revistas de livre acesso

ISSN 1980-6957 | Ano 2021 V13 Nº.2



FACULDADE
ATENAS

www.atenas.edu.br
38 3672-3737

DOR CRÔNICA E PSICOLOGIA: os benefícios da Terapia Cognitivo Comportamental para o portador de dor crônica

Tathyana Yanikian Trindade
Romério Ribeiro da Silva

RESUMO

A dor, que é conceituada como uma experiência sensorial e emocional desagradável possui a importância biológica que é a de alertar que existe algo errado em determinada área do nosso corpo, um ferimento, inflamação ou fratura por exemplo. Quando a dor ultrapassa cinco meses, passa a ser considerada como dor crônica. A dor crônica não possui importância biológica, é constituída por reações fisiológicas, que nem sempre são atribuídas a um motivo especial, mas causam prejuízos físicos e mentais significativos podendo até incapacitar a pessoa com dor crônica. Ela é considerada como biopsicossocial devido à interação multidimensional dos sintomas, portanto para controlá-la com mais eficácia é necessária uma intervenção abrangendo diversos profissionais. É normal as pessoas com dores crônicas possuírem depressão, ansiedade, insônia e qualidade de vida reduzida. Levando em consideração que a psicologia, suas teorias e técnicas, estudam e auxiliam o ser humano em sua psique, é muito importante incluí-la no programa de controle da dor crônica, para que possa auxiliar na comunicação produtiva da equipe, trabalhar a aceitação e enfrentamento da dor, traçar objetivos, para que o paciente retome o controle de sua vida. Visto isso, esse trabalho tem como objetivo definir a dor crônica; explicar como esse tipo de dor influencia nos principais aspectos da vida de uma pessoa e explicitar como a psicoterapia, em especial a Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) pode trazer benefícios para a qualidade de vida de tal pessoa.

Palavras-chave: Dor crônica. Psicoterapia. Terapia Cognitivo Comportamental. Qualidade de vida. Biopsicossocial. Subjetividade.

ABSTRACT

Pain, which is conceptualized as an unpleasant sensory and emotional experience, has the biological importance of warning that there is something wrong in a certain area of our body, an injury, inflammation or fracture for example. When the pain exceeds five months, it is considered chronic pain. Chronic pain has no biological importance, it consists of physiological reactions, which are not always attributed to a special reason, but cause sig-

nificant physical and mental damage and may even incapacitate the person with chronic pain. It is considered to be biopsychosocial due to the multidimensional interaction of symptoms, so to control it more effectively, an intervention involving several professionals is necessary. It is normal for people with chronic pain to have depression, anxiety, insomnia and reduced quality of life. Taking into account that psychology, its theories and techniques, study and assist the human being in their psyche, it is very important to include it in the chronic pain control program, so that it can assist in the productive communication of the team, work the acceptance and coping with pain, setting goals, so that the patient regains control of his life. Given this, this work aims to define chronic pain; explain how this type of pain influences the main aspects of a person's life and explain how psychotherapy, especially Cognitive Behavioral Therapy (CBT) can bring benefits to the quality of life of that person.

Keywords: *Chronic pain. Psychotherapy. Cognitive Behavioral Therapy. Quality of life. Biopsychosocia. Subjectivit.*

1 INTRODUÇÃO

A dor é conceituada como uma experiência sensorial e emocional desagradável e descrita em termos de lesões teciduais reais ou potenciais. A dor é sempre subjetiva e cada indivíduo aprende e utiliza esse termo a partir de suas experiências (KRELING, 2006).

Para Angerami (2012) a dor quando persiste por vários meses é chamada de dor crônica e ela mesma passa a ser a doença independente do agente causador. Partindo daí, torna-se um desafio tratá-la e uma tortura para a pessoa que vive com a dor constantemente.

Com a presença da dor crônica, os aspectos sensitivos, emocionais e culturais são afetados, aumentando a complexidade do problema instalado. Somente o portador de dor crônica pode compartilhar a dimensão dos comprometimentos obtidos através da dor, portanto, não é possível mensurá-la com exatidão (PIMENTA; TEIXEIRA, 1995).

Sobre a dor, Lima (2008, p. 119) afirmou: [...] “a dor está no corpo, na mente, na história de vida, no cotidiano, no mundo da vida, ou seja, é multidimensional”.

Essa modalidade de dor, não consegue ser solucionada pela medicina e seus medicamentos, então a partir daí, entra a intervenção multidisciplinar, que inclui o psicólogo. A psicoterapia surge então, sem qualquer outro instrumento que não a palavra, e acolhe o paciente em seu sofrimento de alma, devolvendo-lhe sua condição de vida (ANGERAMI, 2012).

Buscar pela psicoterapia é ir a encontro de alguém que possa trazer conforto ao sofrimento que a dor causa na alma. A psicoterapia deixa atrás de si uma fragrância de resgate

da felicidade diante da dor. Ao longo desse trabalho, detalharemos alguns dos mecanismos da psicologia que são utilizados para tentar alcançar tal importante resultado.

Dowd (1996) esclarece os fatores sensoriais, afetivos e comportamentais existentes na dor:

- Pacientes inativos costumam ter muito tempo de sobra, por isso, costumam fixar e concentrar em sua dor.
- A dor aumenta a quantidade de emoções e elevam o nível de ansiedade, piorando a dor.
- Os comportamentos de dor são manifestados de diversas formas, lamentações, andar rígido, passar a mão onde dói.

A abordagem cognitivo-comportamental é comum à conceituação multidimensional da dor, por isso, ela consegue atuar de forma mais eficaz, porque enfatiza a contribuição das variáveis psicológicas como: percepção, controle, afeto, significado e interpretação da dor (TURK; MEICHENBAUM, 1994).

Beck criador da TCC e Alford definem cognição como o processo de identificar e prever relações complexas entre eventos, de modo a facilitar a adaptação a ambientes passíveis de mudanças. A terapia focada em tal conceito oferece meios para o paciente aplicar em sua vida para obter o resultado desejado, em nosso caso, a diminuição da dor (BECK; ALFORD, 2000).

Mudanças, mesmo que positivas as vezes são difíceis de se estabelecerem. O papel do terapeuta é orientar e acompanhar o paciente na busca de novas atitudes e, antes de tudo criar formas para que a psicoterapia seja um momento em que o indivíduo reflita sobre a possível origem de seu problema e como lidar com ele daí para frente.

2 ENTENDENDO A DOR

2.1 DOR AGUDA E DOR CRÔNICA

A dor é definida pela International Association for the Estudy of Pain (IASP) da seguinte forma:

A dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável, decorrente da lesão real ou potencial dos tecidos do organismo. Trata-se de uma manifestação basicamente subjetiva variando sua apreciação de indivíduo para indivíduo (IASP, 2010).

A dor é dividida em dois grupos: a dor aguda e a dor crônica. A dor aguda é muito importante para a sobrevivência do homem, porque basicamente se trata de um alarme que indica que alguma parte do organismo merece maior atenção. É a consequência de algum processo inflamatório, contusão, objeto estranho em algum órgão, acidente [...].

O tempo de duração pode levar a minutos, semanas ou meses, contanto que não ultrapasse três meses.

A dor aguda pode ser definida como um sinal de ameaça à integridade, sendo de curta duração, leva o organismo a defender-se. A etiologia é fácil de ser detectada e normalmente a dor desaparece após a eliminação do agente causal (CARVALHO, 1999).

A dor crônica se diferencia pelo seu período de duração que precisa variar entre meses e anos, não possui importância biológica, constitui-se por reações fisiológicas que podem ou não ser atribuídas a um motivo específico e causa incômodos significativos que podem incapacitar o indivíduo. É considerada como um estado patológico bem definido.

Nessa modalidade, a dor é mais que um sintoma, ela se torna a patologia em foco e o objetivo primordial do tratamento. Normalmente os aspectos emocionais envolvidos são mais significativos do que os componentes sensitivos. Os doentes crônicos, frequentemente apresentam comorbidades como depressão, ansiedade, transtornos do sono, uso abusivo de substâncias, isolamento, e alterações nas relações interpessoais (CARVALHO, 1999).

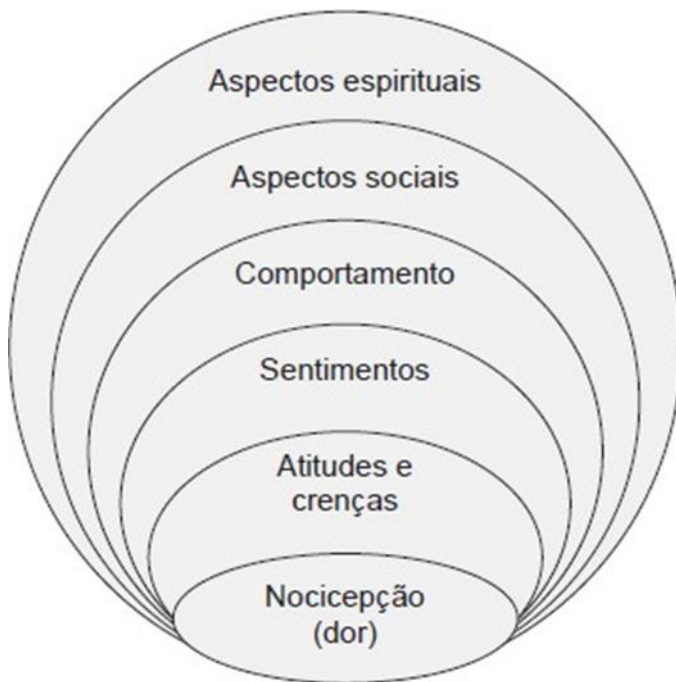
2.1.1 DOR BIOPSISSOCIAL

Pelo fato da dor crônica nem sempre ser relacionada a um dano tecidual, a ciência começou a perceber que “fatores somáticos (danos teciduais) não podem ser separados de fatores psicológicos (aprendizado, lembranças e processos afetivos). Junto com o reconhecimento das influências sociais na percepção dolorosa, esses fatores formam o núcleo do conceito biopsicológico da dor” (IASP, 2010, p.19).

Devido à sua natureza complexa, a dor é mais bem compreendida quando a consideramos como um todo. O modelo biopsicossocial integra aspectos físicos, psicológicos e sociais. A dor quando se instala por muito tempo, causa incômodos fisiológicos, que alteram o humor, a maneira de se comportar, as crenças e até mesmo os pensamentos e sentimentos. Todos esses aspectos se inter-relacionam, e a resposta que um mesmo tipo de dor pode causar nas pessoas é impossível de ser padronizado devido a subjetividade daquele que a sente.

O Modelo Biopsicossocial interpreta e estabelece o tratamento da dor considerando a história da pessoa, sua cultura, crenças, aspectos espirituais e o contexto social no qual está inserido. Trata-se de uma explicação que transcende o modelo biomédico e aumenta as chances de êxito da intervenção (PEDRULHO, 2010).

FIGURA 1 – Modelo biopsicossocial da dor.



Fonte: Potnoi (2014). Adaptada pela autora.

2.2 EXEMPLOS DE DORES CRÔNICAS

2.2.1 FIBROMIALGIA

Segundo a Portaria N° 1.083, DE 02 OUTUBRO DE 2012, no Brasil a síndrome nomeada como fibromialgia acomete 8% da população, predominantemente as mulheres. Ne-la prevalece a dor generalizada, referida nos músculos e em suas estruturas anexas (tendões e ligamentos) em distintas áreas do corpo.

A Síndrome de Fibromialgia (SFM) não possui etiologia e fisiopatologia definida, então tanto o tratamento farmacológico e o não farmacológico são ministrados para fins paliativos, ou seja, ainda não possui cura.

A dor da síndrome em questão é forte e degradante, sobre isso Portnoi (2014, p.130) afirma que:

Pessoas com SFM vivem em esforço contínuo de adaptação. Adaptação à sensação desagradável, aos sintomas inusitados e variáveis, às diversas limitações físicas, à desestruturação da vida cotidiana e da vida social, à paralização dos planos de futuro.

Além da dor, a SFM acarreta manifestações como cansaço, rigidez muscular e transtornos do sono. Ainda não foi definida uma causa orgânica para tal doença, nunca foi relacionada a uma lesão tecidual e quase sempre a dor não responde a tratamentos farmacológicos, mesmo o paciente utilizando os mais fortes analgésicos (PORTNOI, 2014).

2.2.2 DOR NEUROPÁTICA

Outro exemplo de dor crônica é a dor neuropática que segundo Schestatsky (2008) é um processo doloroso causado por lesão ou disfunção do sistema nervoso, como resultado da ativação anormal da via nociceptiva.

Serrano (2012, p. 111) afirma que: “dor neuropática é a dor que surge como resultado direto de uma lesão ou disfunção que afeta o sistema nervoso somatossensorial”.

Devido à danificação dos nervos, os mesmos, localizados no sistema nervoso periférico enviam mensagens de dor para o Sistema Nervoso Central mesmo que não haja nenhum estímulo doloroso (e.g. um portador de dor neuropática foi tocado por um algodão, porém, o mesmo sentiu a dor de ter sido furado por agulhas).

Os fatores de risco para obtenção deste tipo de dor são: lesão medular, diabetes, herpes zoster, infecção por HIV, amputação, câncer, condições congênitas, quimioterapia [...].

Como consequência aparecem sensações típicas como agulhadas, queimação, formigamento, choques, frio e hipersensibilidade ao toque, que variam de indivíduo para indivíduo. É importante sabermos que a dor neuropática aparece como sintoma e depois se torna a doença em si.

FIGURA 2– Sensações da dor neuropática.



Fonte: Endireita de Lisboa (2017).

Apesar do baixo rendimento dos tratamentos farmacológicos, estes são os primeiros a serem considerados para o tratamento de dor neuropática e são classificados em analgésicos, opioides, antidepressivos e anticonvulsivantes.

2.2.3 CEFALÉIAS

A cefaleia é o nome dado a todas as dores localizadas na cabeça e se trata de um dos sintomas mais comumente relatados por pacientes em consulta médica. Existem diversos tipos de cefaleias e dentre elas estão as Cefaleias do tipo tensional (CTT) compreendendo cerca de 60% de todas as dores de cabeça e são divididas entre Cefaleia do tipo tensional episódica (CTTE) e Cefaleia do tipo tensional crônica (CTTC).

As CTTs são conhecidas por terem origem psicogênica, associadas a quadros de ansiedade e depressão. A dor está ligada a tensão dos músculos pericranianos atribuídos a uma reação vinda do estresse individual (MATTA; FILHO, 2003)

Como o foco desse trabalho são as dores crônicas é necessário dizer que a CTTC tem como sintoma a dor com localização bilateral, caráter de pressão com duração de horas seguidas ou continua e um dos seguintes: náusea leve, fotofobia ou fonofobia.

Segundo Krymchantowski e Bordini (2003), os pacientes com Cefaleia do tipo tensional episódica costumam se automedicar e os com cefaleia do tipo tensional crônica procuram ajuda médica, porém são mais refratários. O tratamento da CTTC envolve medicamentos antidepressivos ou relaxantes musculares e outras abordagens como TCC, Biofeedback e fisioterapia.

2.2.4 LOMBALGIA

A lombalgia crônica que também é conhecida como Dor Lombar Crônica (DLC), é definida como uma síndrome incapacitante caracterizada por dor na região lombar com duração maior que três meses a partir do primeiro episódio de dor aguda e pelo nível de incapacidade atingido, porém às vezes seu início é impreciso com melhoras e pioras periódicas (MASCARENHAS; SANTOS, 2011).

As causas da lombalgia são diversas, mas 90% estão ligadas ao uso excessivo das estruturas dorsais, da deformidade da estrutura anatômica normal, ou de trauma.

A patologia tem como principal sintomatologia a dor, depois a restrição de amplitude de movimento, alterações posturais e diversos outros sintomas, que juntos levam a limitações ou incapacidades que são necessárias na execução de atividades de vida diária, restringindo a interação com a sociedade e reduzindo a qualidade de vida.

Segundo Pedrullo (2010), a perda de peso, exercícios para melhorar o tônus e a resistência muscular e a melhoria da postura podem ajudar a aliviar as causas da lombalgia. Os analgésicos também podem funcionar no alívio do quadro algico lembrando que o tratamento deve focar no problema subjacente.

3 IMPACTOS DA DOR CRÔNICA

A dor crônica, por ser contínua, não “ter pausa”, passa a fazer parte do ser humano portador de dor crônica. Ele a carrega por todo lugar, para toda situação, todos os momentos de lazer, para seus discursos, comportamentos, pensamentos, maneira de posicionamento do corpo, enfim, por toda sua existência. Por isso, afirmamos que se trata de um fenômeno biológico, psicológico e social.

Angerami (2012, p. 306) confirma isso quando afirma que:

Dores crônicas, em geral produzem uma alteração permanente na vida de um indivíduo, modificando seu próprio comportamento, sua inserção familiar e social, enquadrando como indivíduos sem habilidades, sujeito as disposições sociais estabelecidas para essa categoria.

Segundo Angerami (2012, p. 308) “o portador de dor crônica, além de apresentar mudanças no humor, apresenta sinais vegetativos, como distúrbio do sono, mudança no hábito alimentar ou diminuição da libido”. A dor interfere em vários fatores (e.g a sexualidade e o relacionamento conjugal devido à diminuição da libido, citada pelo autor).

3.1 DOR CRÔNICA E ESTRESSE

Segundo Angerami (2012, p. 308) um dos fatores que possui relação com a dor é o estresse:

“O estresse pode provocar uma reação orgânica, com componentes físicos/ e ou psicológicos, tendo como causa as alterações psicofisiológicas que ocorrem quando o indivíduo se confronta com situações que podem ser agradáveis ou desagradáveis, como é o caso da dor”.

O estresse é uma forma muito importante de colocar nosso organismo em alerta, estimula a produção de diversas substâncias que visam a defesa do corpo. Porém, em excesso e com longa duração é prejudicial para a nossa saúde.

O estresse e as emoções negativas estão fortemente ligados à dor. Mas é importante entendermos que a dor também é um potencializador do estresse, ou seja, ela pode ser causa também e não somente consequência. O pensamento catastrófico, normalmente adotado em situações de dor e estresse contribui para a estimulação de ambos os fatores (PORTNOI, 2014)

Angerami (2012, p. 308) traz o exemplo de quando Lehrer e Murphy (1991) “encontraram em pacientes que sofrem de cefaleia crônica estímulos de calor na região frontal do cérebro, por causa do estresse causado pela reação dolorosa”.

3.1.2 DOR CRÔNICA, TRABALHO E PROBLEMAS SÓCIOECONÔMICOS

Sabemos que a dor traz grandes impactos na vida do das pessoas e um dos mais sérios, é a redução significativa da capacidade produtiva do indivíduo. Sem isso, os ganhos

financeiros diminuem gerando crises socioeconômicas principalmente se o indivíduo for o provedor da família.

Sobre a relação entre a dor e trabalho Pedrulho (2010, p. 17) afirma que:

Especificamente, na sociedade ocidental, a lombalgia crônica é, nos dias de hoje, uma fonte de restrições para as atividades diárias e para o absentismo ao trabalho. Assim, torna-se, para além de um problema de saúde, um crescente problema socioeconômico, uma vez que o grau de incapacidade que acarreta é bastante elevado, assim como a diminuição da produtividade.

Nos EUA a dor é responsável por 100 bilhões de dólares anuais de custos indiretos causados pela diminuição da produtividade e absentismo no trabalho (GOUVEIA; AUGUSTO, 2011).

Economicamente falando, a dor crônica resulta em diversos gastos, particulares e públicos devido à necessidade de um tratamento complexo que envolve consultas, medicamentos de alto custo, psicoterapia, acupuntura, etc.

“A dor crônica é vista como um dos maiores problemas de saúde na sociedade norte-americana. Estima-se em torno de US\$ 90 bilhões por ano os gastos com medicações, pesquisas, consultas médicas, ajudas de custo, etc.” (ANGERAMI, 2012, p. 300).

Infelizmente, a saúde pública no Brasil é precária obrigando o portador de dor crônica a buscar clínicas particulares para um tratamento diferenciado e focado no problema em questão, ou seja, não acessível a todos.

3.1.3 DOR CRÔNICA E INSÔNIA

Para entrarmos em sintonia com o horário de dormir temos que praticar a “higiene do sono” que envolve o desligamento de aparelhos eletrônicos, diminuir a velocidade do pensamento, relaxar os músculos etc. Para o portador de dor crônica esse processo é mais difícil devido à impossibilidade de “desligar” a dor, então a qualidade do sono pode ser prejudicada.

Angerami (2012, p. 325) citou o relato feito por Forlenza (1994) de uma paciente portadora de dor crônica e com dificuldades no sono:

(...) não consigo dormir, acordo várias vezes durante a noite com uma dor forte na cabeça, aí não tenho mais o que fazer e acabo amanhecendo acordada... **(R.A., 31 anos, paciente com cefaleia crônica).**

Uma noite de sono ruim têm capacidade de retardar os processos cognitivos, alterar o humor, enfraquecer o sistema imunológico, aumentar o estresse e consequentemente aumentar a percepção dolorosa.

FIGURA 3 – O sono e a qualidade de vida.



Fonte: FIOCRUZ.

A figura 2 traz informações sobre a importância do sono para a qualidade de vida das pessoas em geral, a incidência dos casos de insônia no Brasil, o risco aumentado de contrair determinadas doenças devido a insônia e informa sobre a oferta de tratamento pelo SUS.

3.1.4 DOR CRÔNICA E DEPRESSÃO

Knoplich (1989), ao estudar dores crônicas na coluna, encontrou em sua população examinada uma incidência de depressão de 50%. O portador de dor crônica tem a tendência a se entristecer e agoniar. O que é não possível esclarecer com certeza, é se a dor é secundária ou primária. A dor pode causar depressão ou a depressão já existia antes do aparecimento da dor e não foi percebida e nem diagnosticada antes.

Segundo Capela e Loura (2008) algumas vezes para diagnosticar a depressão na pessoa com dor crônica, é eficaz realizar um teste com antidepressivos. Se o resultado apresentar uma melhora dramática da dor e dos sinais típicos da depressão, obteremos a resposta da questão clínica.

3.1.5 DOR CRÔNICA E RELAÇÕES INTERPESSOAIS

As relações interpessoais são mais um dos fatores que são transformados pela presença de algum tipo de dor crônica. A dor e todas as comorbidades como a incapacidade, depressão, ansiedade, insônia, alterações econômicas e sexualidade alteram o relacionamento com as pessoas, principalmente as mais próximas como a família.

Toda família possui um sistema, cada membro desempenha um papel e uma função. A partir do momento que uma doença e seus sintomas se instalam em um membro, consequentemente o sistema sofre alterações trazendo complicações no dia a dia.

O diagnóstico da dor crônica deve englobar a adaptação do sistema familiar para que tenham suporte no enfrentamento do problema (BEIRÃO, 2014).

A família pode ser atingida de forma positiva gerando coesão ou então negativamente se deixando levar pelo cansaço físico, psicológico e econômico, que é mais provável e frequente.

Em alguns casos pode acontecer de o membro com dor crônica passar a se comportar de maneira exagerada, evidenciando sua dor com o objetivo de ganhar atenção ou se livrar de alguma responsabilidade.

3.2 EXPRESSÃO DA DOR

A expressão da dor é a forma que as pessoas experimentam e informam sua dor. Normalmente a pessoa que está com dor demonstra através de um comportamento: queixas, lamúrias, gestos e posições que visam melhorar a dor ou causar algum impacto.

FIGURA 4– Neymar expressando dor no joelho.



Fonte: Hypeless (2018).

A posição do craque do futebol Neymar Júnior, conhecido por catastrofizar suas quedas em campo para ganhar vantagens na partida, é um exemplo de expressão gesticulada da dor. No caso das pessoas com dor crônica as expressões costumam acontecer com mais frequência e em diversas situações do dia.

Segundo Mark Zborowski (1952, apud Mello Filho, 1992) a expressão da dor adquire um significado cultural e social bem específico. Como informa o autor, a expressão da dor atribui um significado, e pode acontecer de um portador de dor crônica, usar a expressão, objetivando receber ganhos secundários ou mascarar problemas interpessoais. Os ganhos são definidos como vantagens devido ao problema, (e.g. a isenção de realizar alguma atividade importante, benefícios financeiros, vitimização para ganhar atenção da família). Sobre mascarar os problemas interpessoais, o indivíduo costuma expressar a dor que está sentindo, porém esconde o que está por trás, como problemas conjugais.

3.3 INTERVENÇÃO MULTIDISCIPLINAR

Acima discorreremos sobre alguns dos aspectos que se relacionam com a dor crônica. Esses aspectos produzem um efeito grandioso na vida do paciente, seus relacionamentos interpessoais, vida social, limitações, enfim, a qualidade de vida como um todo. E como já dito, o tratamento de forma multidisciplinar promete resultados mais promissores.

O paciente com dor crônica, apesar de ser pouco provável, pode obter melhora do quadro algico com a medicina tradicional.

Segundo Dias (2007), quando essa melhora não acontece, é necessário buscar o atendimento de uma equipe multidisciplinar, que normalmente é composta por médico, enfermeiro, psiquiatra, psicólogo, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, nutricionista e assistente social.

Diferente da medicina tradicional, as dores crônicas ao serem submetidas ao tratamento multidisciplinar em instituições específicas são tratadas com uma visão integrada

podendo ser controladas, diminuindo os seus impactos. A dor continuará presente, talvez em menor intensidade e a experimentação dolorosa certamente será amenizada com o controle de suas comorbidades, se o paciente aderir e participar ativamente do programa sugerido pela equipe.

4 PSICOTERAPIA E BENEFÍCIOS A VIDA DO PORTADOR

4.1 SOBRE A TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL

O autor Teixeira (1997) em um de seus escritos, afirma que os componentes emocionais presentes no processo doloroso podem ser mais significantes que os sensitivos. Por esse fato, há necessidade do psicólogo junto à equipe que trata o paciente com dor. É ele quem vai trabalhar com o sofrimento psíquico e a queixa psicológica do ser.

Como o foco deste trabalho é a psicoterapia em benefício da dor crônica, devemos dizer que a TCC é a mais qualificada para atuar no processo doloroso devido à dor ser relacionada a fatores sensoriais, afetivos e comportamentais entrando em sintonia com a proposta teórica da abordagem que é focada nos aspectos cognitivos, afetivos e comportamentais (PHILIPS; RACHMAN, 1996).

A TCC foi desenvolvida por Aaron Beck para o tratamento da depressão, se dispondo em uma psicoterapia estruturada, de curta duração, focada no presente, que modifica pensamentos e comportamentos disfuncionais (BECK, 1964).

Com o passar do tempo Beck e outros autores adaptaram tal abordagem para tratar outras modalidades de transtornos. A TCC é focada na mudança cognitiva, de forma que modifica o sistema de crenças, a estruturação do pensamento, produz uma mudança emocional e ao fim, a mudança comportamental duradoura.

4.2 MÉTODOS DA TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL

Visando explicar a mudança proposta pela teoria, é importante sabermos que os nossos pensamentos e crenças são capazes de estabelecer um estado emocional, que acarreta algum comportamento, positivo ou negativo. O resultado depende da qualidade de nosso funcionamento cognitivo e com o auxílio devido, perceberemos que somos capazes de controlar esse processo para obtermos a resposta desejada.

Para chegar a esse patamar essa abordagem utiliza técnicas que podem ser aplicadas individualmente e em grupos. Porém, como afirma Leahy (2007) à terapia não se reduz as

técnicas, pelo contrário, elas são somente uma porta de entrada para começarmos a terapia cognitiva, o maior propósito é tornar o paciente seu próprio terapeuta.

Antes do início do tratamento, é essencial realizarmos uma avaliação psicodiagnóstica devido à alta prevalência de comorbidades na população portadora de dor crônica. É comum que a dor crônica acarrete transtornos como depressão, ansiedade, distúrbios do sono, estresse, não excluindo a possibilidade de haver outros menos comuns. Então se encontrarmos evidência de tais transtornos a intervenção será realizada com maior chance de melhora (TEIXEIRA, 1999).

Para isso a psicologia utiliza questionários com o objetivo de conhecer a história do paciente desde sua vida pessoal até a influência do quadro algico em sua vida e diversos testes elaborados cientificamente para uso exclusivo do psicólogo, objetivando mensurar cada componente relacionado com o problema-alvo.

As primeiras sessões são de extrema importância para conhecer o paciente e começar a estabelecer o *rapport* (vínculo terapêutico). Nesses momentos iniciais o paciente passará por um processo de psicoeducação onde aprenderá sobre a TCC e a dor crônica.

4.3 PENSAMENTOS AUTOMÁTICOS, CRENÇAS INTERMEDIÁRIAS E NUCLEARES

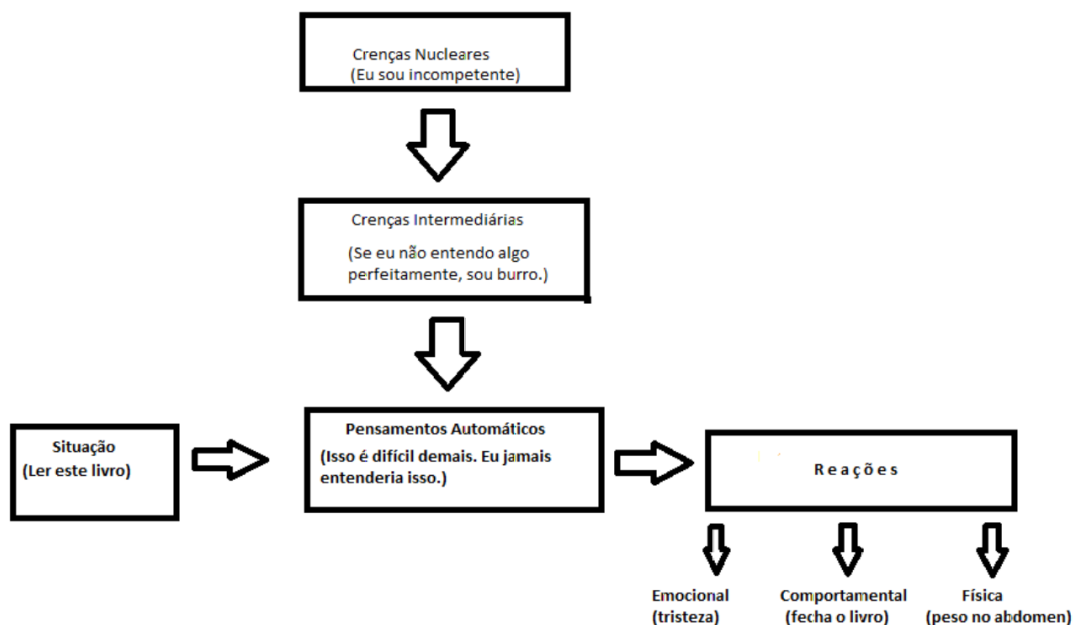
Basicamente a TCC trabalha com identificação e reestruturação cognitiva que se resumem em três níveis: pensamentos automáticos, crenças intermediárias e crenças nucleares (RANGÉ, 2001).

Segundo Beck (2013) pensamentos automáticos são breves e podem acontecer de forma verbal ou por imagem, costumam ser negativos e normalmente os aceitamos como verdade, sem reflexão. Tais pensamentos na maioria das vezes são disfuncionais, causam uma emoção negativa que resultam em um comportamento indesejado. Exemplo: uma pessoa portadora de cefaleia crônica vai a uma confraternização, encontra o ex-namorado e logo pensa: — “Ninguém nunca vai gostar de mim!”, se sente ansiosa e triste, e piora o quadro algico devido aos sintomas de ansiedade. Por isso existe a necessidade de aprender a identificar a qualidade de seus pensamentos, sendo estes responsáveis por invocar todas as outras respostas psicofisiológicas.

As crenças nucleares são as mais profundas ideias que o indivíduo tem sobre si. São negativas, rígidas, inflexíveis e tem origem nas experiências infantis. Crenças intermediárias são aquelas que auxiliam o indivíduo a lidar e a se proteger da ativação muito dolorosa de

suas crenças nucleares. São regras que o sujeito cria, para que ele possa conviver com as ideias que tem sobre si, ou seja, crenças nucleares. Ambas são mutáveis. (RANGÉ, 2001).

FIGURA 5– Exemplo do funcionamento do modelo cognitivo.



Fonte: Beck (1997).

Pensemos em um paciente com lombalgia crônica que possui a crença de que o exercício físico pode agravar sua lesão inicial, evita a prática a todo custo, resultando na realização insuficiente de reabilitação, aumentando a preocupação com sintomas físicos e por fim o aumento da dor e continuação da incapacidade.

O trabalho oferecido pela TCC denominado reestruturação das crenças, ajudará o paciente a perceber, questionar e transformar pensamentos e crenças disfuncionais para produzir uma resposta emocional mais positiva e consequentemente sentir menos dor.

A primeira tarefa como Terapeuta Cognitivo Comportamental é explicitar ao paciente a conexão entre pensamento, sentimento e comportamento (RANGÉ, 2001).

4.4 TÉCNICAS DA TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL

4.4.1 REGISTRO DE PENSAMENTOS DISFUNCIONAIS

Com a técnica denominada “registro de pensamentos disfuncionais” o paciente passará a ter consciência da qualidade dos pensamentos que lhe causam respostas indesejáveis. A técnica consiste em registrar o pensamento que surgiu minutos antes de sentir algo desagradável, por exemplo, dor, depois o que pensou após senti-la e por fim como se comportou. A partir disso torna-se possível que o terapeuta ensine ao paciente a reestruturar seus pensamentos e criar outros alternativos para controlar as respostas do organismo psicofisiológico.

Rangé (2001, p.611) considera que:

Quando o paciente acredita que pode ter controle sobre sua vida, percebe menos a intensidade da dor, mostra maiores níveis de atividade e utiliza estratégias de enfrentamento mais adaptativas. O paciente que se vê indefeso ante a impossibilidade de controlar a dor crônica, ao contrário, apresenta aumento da frequência e da intensidade dos episódios dolorosos.

Quando surgem pensamentos alternativos racionais é comum que apareça um pensamento automático vindo de crenças nucleares ativadas e desqualifique o primeiro pensamento, mas com a prática esse fenômeno tende a diminuir (DE OLIVEIRA, 2007).

4.4.2 INOCULAÇÃO DO ESTRESSE

O estresse está vinculado com a subjetividade do indivíduo e o meio em que está inserido. Pessoas, ambientes e situações podem ser fatores estressores que desencadeiam respostas diversas no indivíduo. A sensibilidade do estresse na maioria dos casos depende da interpretação cognitiva dada aos eventos. No caso das pessoas portadoras de dor crônica, o estresse provoca à ativação da dor. Para evitarmos esse processo a TCC oferece inúmeras técnicas como a inoculação do estresse, técnicas de relaxamento, solução de problemas e outras que não serão abordadas devido à alta dimensão de exemplos.

Segundo Rangé (2001) a técnica de inoculação do estresse consiste no treinamento do paciente para vivenciar antecipadamente uma situação estressante, de modo que ele desenvolva recursos pessoais de enfrentamento a ser utilizado durante uma situação real temida.

O paciente deve antecipar eventos que causam estresse a ele. Aprende e ensaia respostas adequadas para enfrentar tais situações e sobre a maneira mais adequada de conduzir a sequência de fatos previsíveis. Depois deve se trabalhar o aumento do estresse até o nível considerado máximo e seguir com a tentativa de manejar a situação estressora até conseguir administrá-la.

Levando em conta, que é comum a pessoa com dor crônica evitar situações subjetivamente estressantes que virão a lhe causar mais dor, a técnica de inoculação do estresse possibilita maior interação do ser com o ambiente, obtendo resultados positivos, contribuindo para o convívio com a dor e conseqüentemente melhora da qualidade de vida.

4.4.3 SOLUÇÃO DE PROBLEMAS

A técnica “solução de problemas” é parecida com a inoculação do estresse, ela treina o paciente a responder de forma mais eficaz diante de uma situação problemática. O paciente aprende a escolher uma resposta que seja mais adequada para cada situação, tomar decisões em situações difíceis e lidar com a ansiedade (RANGÉ, 2001).

Segundo D’Zurilla e Nezu (2010) a técnica inclui sete passos. Consiste em: psico-educação; definição do problema alvo; definição de objetivos; busca de soluções; avaliação e escolha das soluções executáveis; implementação da solução e, por fim, a avaliação do resultado.

O foco do treinamento é criar e estimular habilidades para resolver situações da vida real que o paciente tenha dificuldades e também outras situações criadas pelo terapeuta e simuladas nas sessões. Diante de várias outras possibilidades Siu e Shek (2010), citam a depressão e as dificuldades interpessoais como fatores plausíveis de serem trabalhados com essa técnica.

4.4.4 TÉCNICAS DE RELAXAMENTO

As técnicas de relaxamento promovem respostas somáticas e autônomas, informes de tranquilidade e bem-estar. É um processo psicofisiológico. Na maioria delas o controle da respiração é o principal para promover calma em situações estressantes e o relaxamento da tensão muscular (RANGÉ, 2001).

Todos os fatores relacionados a dor crônica de estão interligados como o estresse, tensão corporal e dor, um causando o outro viciosamente. Visto isso, as diversas técnicas de relaxamento aliviam a tensão e estabilizam as emoções cortando o ciclo de sintomas. No início da prática pode ser difícil para o paciente desacelerar o pensamento e realizar a prática, mas à medida que se adaptar a alguma delas, perceberá os benefícios.

Segundo Leahy (2007) os exercícios de relaxamento beneficiam pacientes ansiosos ou tristes por induzir um humor mais positivo. Tais pacientes tem predisposição a se envolverem em um humor extremamente negativo, algo que aumenta a percepção da dor.

O relaxamento traz a calma e bem-estar para que o paciente reflita e redimensione seus pensamentos para adquirir alívios duradouros.

Uma técnica interessante a ser praticada é chamada *Mindfulness*. Consiste em alcançar o equilíbrio focando no momento presente, exige a atenção concentrada no aqui e agora.

As técnicas de *Mindfulness* ajudam o paciente a aceitar suas experiências internas através da consciência centrada no aqui e no agora. Ela vem sendo integrada à TCC para inúmeros problemas e um deles é o estresse (CHIESA; SERRETTI, 2010).

4.5 PARTICIPAÇÃO ATIVA DO PACIENTE

É importante percebermos que todos os aspectos que se relacionam com a dor, estão interligados e funcionam como um ciclo, ou seja, um fator provoca o outro. Por esse motivo o terapeuta deve levar o paciente a enxergar a complexidade da dor crônica, bem como o significado que a mesma tem em sua vida.

Existem inúmeras técnicas e teorias que possuem capacidade de beneficiar pacientes com dorsalgia, porém, sem o engajamento vindo do sujeito, de nada adianta. Por esse motivo a psicoeducação se torna essencial. O profissional deve expor as condições do tratamento bem como explicitar os conceitos e relações do seu tipo de dor crônica.

A relação do terapeuta com o paciente é dialética, existe troca entre eles. Essa troca precisa estar em sintonia. A presença ativa do paciente é fundamental, o processo funciona de forma educativa, então, o resultado depende da disciplina do paciente. Espera-se que haja melhor adaptação diante da dor, fazendo fluir todos os aspectos de sua vida, tentando retomar o que foi perdido após o estabelecimento do quadro álgico, dentro de suas possibilidades.

Angerami (2012, p.311) frisa aos profissionais da saúde que: “ao tratarmos de tais pacientes, devemos, antes de tudo, compreender quem somos o que pretendemos, para, antes de mais nada, oferecer-lhes um tratamento digno e mais humano”.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo desse trabalho consistiu em demonstrar como o psicólogo através da psicoterapia pode beneficiar a pessoa com dor crônica. Levando em conta que diversas teorias da psicologia podem contribuir de alguma forma, a Terapia Cognitivo Comportamental, nesse trabalho foi a escolhida como exemplo para demonstração da atuação do psicólogo em casos de dor crônica.

A qualidade de vida engloba diversos fatores do dia a dia das pessoas, e o conceito de saúde está ligado a ela. Visto isso percebemos que o tratamento da dor crônica para um resultado positivo e eficaz é necessário um olhar amplo. Nenhuma forma isolada de tratamento é eficaz para todas as formas de dor. A dor é algo subjetivo, por isso a medicina e a farmacologia sozinhas não conseguem proporcionar alívio significativo com a prescrição de medicamentos. Para isso é necessário o envolvimento de diversos profissionais, sendo um deles, o psicólogo.

O papel do psicólogo através da psicoterapia no tratamento da pessoa com dor crônica visa a diminuição dos impactos da dor, como a redução dos aspectos emocionais negativos: ansiedade e depressão. As técnicas propostas pela TCC nos demonstraram ser eficazes no enfrentamento da dor a partir do conhecimento do significado que a mesma possui para a pessoa. A partir disso as respostas frente a dor podem ser otimizadas, a qualidade de vida como um todo pode ser aumentada e a sensação dolorosa diminuir.

É importante levarmos em conta que como citado, o paciente precisa estar ativo em todo o processo de mudança cognitiva e comportamental e ciente de que a dor, devido a cronicidade na maioria dos casos permanece presente, o que vai mudar são a percepção e intensidade dela.

O alívio da dor é visto como um direito humano básico então se trata de uma situação ética que depende de profissionais de saúde bem formados e informados, que conheçam bem os impactos da dor sobre o paciente.

REFERÊNCIAS

ANGELOTTI, Gildo dos Santos. **Fibromialgia: Análise dos Componentes Emocionais Cognitivos e Comportamentais**. 1999. Tese de Doutorado. Dissertação de Mestrado. Campinas: PUC.

ANGERAMI, Valdemar Augusto et al. **Psicossomática e a psicologia da dor**. São Paulo: Editora, 2012.

BRADLEY, L.A. **Chronic benign pain**. In: WEDDING, D. Behavior and medicine. 2 ed. St. Louis: Mosby, 1995.

BEIRÃO, Filipa Alexandra Dias. **Impacto da dor crônica no sistema familiar: a perspectiva de psicólogos clínicos e investigadores**. 2014. Dissertação de Mestrado.

BECK, Aaron T. **Pensamento e depressão: II. Teoria e terapia**. Arquivos de psiquiatria geral, v. 10, n. 6, p. 561-571, 1964.

BECK, Aaron T.; ALFORD, Brad A. **O poder integrador da terapia cognitiva**. Artmed, 2000.

BECK, A. T., et al., **Terapia cognitiva da depressão**. Porto Alegre: Artmed, 1997.

BECK, J. S. **Terapia cognitiva: teoria e prática**. Porto Alegre: Artmed, 1997

BECK, Judith S. **Terapia cognitivo-comportamental**. Artmed Editora, 2013.

CAPELA, Carlos; LOURA, Rita. **Perturbação de dor**. Psilogos, v. 5, n. 1-2, p. 30-45, 2008.

CARVALHO, Maria Margarida Moreira Jorge de. **Dor: um estudo multidisciplinar**. 1999.

CASTRO, Martha Moreira Cavalcante; BARROSO, Cristina Linhares. **Contribuições da terapia cognitivo-comportamental nos cuidados paliativos**. Revista Psicologia, Diversidade e Saúde, v. 1, n. 1, 2012.

CHIESA, Alberto; SERRETTI, Alessandro. **Uma revisão sistemática das características neurobiológicas e clínicas das meditações da atenção plena**. Medicina psicológica, v. 40, n. 8, p. 1239-1252, 2010.

DE LIMA, Mônica Angelim Gomes; TRAD, Leny. **Dor crônica: objeto insubordinado**. História, Ciências, Saúde-Manguinhos, v. 15, n. 1, p. 117-133, 2008.

DE OLIVEIRA, I. R. **Sentence-reversion-based thought record (SRBTR): a new strategy to deal with “yes, but...” dysfunctional thoughts in cognitive therapy**. Revue Européenne de Psychologie Appliquée/European Review of Applied Psychology, v. 57, n. 1, p. 17-22, 2007.

DIAS, A. **Dor crônica—Um problema de saúde pública**. Psicologia, 2007.

ENDIREITA DE LISBOA. **Dor neuropática e suas percepções**. Disponível em: <https://pt-br.facebook.com/endireitade.lisboa/photos/a-dor-neurop%C3%A1tica-%C3%A9-um-tipo->

[percep%C3%A7%C3%A3o-dolorosa-que-ocorrem-em-uma-ou-mais-partes/1006634002801857/](#) Acesso em: 04 ago. 2020.

FORLENZA, Orestes Vicente. **Aspectos psiquiátricos da dor.** J Bras Psiquiatr, v. 43, n. 3, p. 141-8, 1994.

FURTADO & TEIXEIRA, Ana Mercedes Bahia et al. **Psicologias: Uma introdução ao estudo de psicologia.** 2001.

GOUVEIA, Miguel; AUGUSTO, Margarida. **Custos indirectos da dor crónica em Portugal.** Revista Portuguesa de Saúde Pública, v. 29, n. 2, p. 100-107, 2011.

HYPENESS. **Simulação de Neymar vira piada em comercial do KFC na África do Sul.** Disponível em: <https://www.hypeness.com.br/2018/07/simulacao-de-neymar-vira-piada-em-comercial-do-kfc-na-africa-do-sul/> Acesso em: 04 ago. 2020.

IASP- Associação Internacional para o Estudo da Dor. **Guia para o tratamento da dor em contextos de poucos recursos.** Editado por Andreas Kopf e Nilesh B. Patel. 2010. Disponível em: <http://s3.amazonaws.com/rdcms-iasp/files/production/public/Content/ContentFolders/Publications2/LowResourceGuide/KopfPatelGuiaPortuguese.pdf> Acesso em: 20 set. 2019.

KRELING, Maria Clara Giorio Dutra et al. **Prevalência de dor crônica em adultos.** Revista Brasileira de Enfermagem, v. 59, n. 4, p. 509-513, 2006.

KRYMCHANTOWSKI, Abouch Valenty; BORDINI, C. A.; BIGAL, M. E. **Cefaleias do tipo tensional.** Migrêneas cefaléias, São Paulo, v. 6, n. 4, p. 129-135, 2003.

KNOPLICH, José; TOSI, Silesia D. **Dores crônicas na coluna e depressão.** Rev. bras. reumatol, v. 29, n. 6, p. 214-8, 1989.

LEAHY, Robert L. **Técnicas de terapia cognitiva: manual do terapeuta [recurso eletrônico]** / Robert L. Leahy ; tradução Maria Adriana Veríssimo Veronese, Luzia Araújo. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre : Artmed, 2007.

LEHRER, Paul M.; MURPHY, Annemarie Infantino. **Stress reactivity and perception of pain among tension headache sufferers.** Behaviour research and therapy, v. 29, n. 1, p. 61-69, 1991.

MASCARENHAS, Claudio Henrique Meira; SANTOS, Leandro Silva. **Avaliação da dor e da capacidade funcional em indivíduos com lombalgia crônica.** J Health Sci Inst, v. 29, n. 3, p. 205-8, 2011.

MATTA, André Palma da Cunha; MOREIRA FILHO, Pedro F. **Sintomas depressivos e ansiedade em pacientes com cefaléia do tipo tensional crônica e episódica.** Arquivos de Neuro-psiquiatria, v. 61, n. 4, p. 991-994, 2003.

MELLO FILHO, Julio; MIRIAM, B. U. R. D. **Psicossomática hoje.** Artmed Editora, 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria no 1.083, de 02 de outubro de 2012.** Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dor Crônica. Brasília, DF. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2014/abril/02/pcdt-dor-cronica-2012.pdf> . Acesso em: 22 out. 2019.

PEDRULHO, Carolina Parreira da Silva. **Viver com lombalgia.** 2010.

PIMENTA, Cibele Andruccioli de Mattos. **Avaliação da experiência dolorosa.** Revista de Medicina, v. 74, n. 2, p. 69-75, 1995.

PHILIPS, H. C.; RACHMAN, S. The role of activity pacing. **The Psychological Management of Chronic Pain: A Treatment Manual.** New York, NY: Springer, p. 174- 184, 1996.

PORTNOI, Andréa G. **A psicologia da Dor.** 1. ed. São Paulo: Guanabara Koogan, 2014. Disponível em: <https://pt.scribd.com/document/347754859/A-Psicologia-Da-Dor> . Acesso em: 22 out. 2019.

RANGÉ, Bernard. **Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria.** In: Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria. 2001.

SERRANO, Sandra Caíres et al. **Peculiarities of neuropathic pain in children.** Revista Dor, v. 17, p. 110-112, 2016.

SIU, Andrew MH; SHEK, Daniel TL. **Social problem solving as a predictor of well-being in adolescents and young adults.** Social Indicators Research, v. 95, n. 3, p. 393-406, 2010.

SOUSA, Karla Carolina; CARPIGIANI, Berenice. **Ditos, não ditos e entreditos: a comunicação em cuidados paliativos.** Psicologia: teoria e prática, v. 12, n. 1, p. 97-108, 2010.

SCHESTATSKY, Pedro. **Definição, diagnóstico e tratamento da dor neuropática.** Revista HCPA. Porto Alegre. Vol. 28, n. 3,(2008), p. 177-187, 2008.

TEIXEIRA, Manoel Jacobsen; PIMENTA, Cibele Andruccioli de Mattos. **Síndromes dolorosas.** Revista de Medicina, v. 74, n. 2, p. 65-6, 1995.

TEIXEIRA, Manoel Jacobsen. **Fisiopatologia da dor.** Revista de Medicina (São Paulo), v. 76, n. 1 esp., p. 7-20, 1997.

TEIXEIRA, Manoel Jacobsen et al. **Tratamento multidisciplinar do doente com dor.** Dor: um estudo multidisciplinar, 1999.

TREEDE, R.-D. et al. **Neuropathic pain: redefinition and a grading system for clinical and research purposes.** Neurology, v. 70, n. 18, p. 1630-1635, 2008.

TURK, D.; MEICHENBAUM, D. **A cognitive-behavioural approach to pain management: Textbook of pain.** Edinburgo: Churchill Livingstone, 1994.

ZBOROWSKI, Mark. **Cultural Components in Responses to Pain 1.** Journal of social issues, v. 8, n. 4, p. 16-30, 1952.

D'ZURILLA, Thomas J.; NEZU, Arthur M. **Terapia de solução de problemas: uma abordagem positiva à intervenção clínica.** São Paulo: Roca, 2010