

A *Biblioteca da Dor* é uma iniciativa editorial que se propõe contribuir para um maior esclarecimento de todas as questões que a problemática da dor coloca, não apenas aos profissionais mais directamente envolvidos na sua abordagem, como também àqueles que por algum motivo se possam interessar pelo assunto.

A escassez de publicações, em língua portuguesa, sobre este tema, não tem servido os propósitos de divulgação e de formação que todos os profissionais da área têm reclamado, muito especialmente apresentando características de publicação regular, com formato de fácil transporte e abordando as mais diferentes matérias relacionadas com ele.

O desafio que agora se lança, é precisamente o de provar que não faltam no nosso país autores de qualidade e com experiência suficiente para garantirem a qualidade desta obra, bem como patrocinadores que vejam nela o mesmo interesse que os profissionais e se sintam compensados pelo apoio que vierem a prestar.

Nos vários volumes que ao longo do tempo vierem a ser publicados, poderão ser encontradas respostas para as várias razões do inadequado tratamento da dor, para o desinteresse que tem caracterizado a falta de apoio ao aparecimento de novas Unidades e ao desenvolvimento das existentes, para as insuficiências de preparação de muitos dos profissionais que lidam com ela e até para alguns dos mitos e preconceitos que caracterizam a forma como a sociedade encara o problema e as respectivas soluções terapêuticas, principalmente o uso de opióides.

Na *Biblioteca da Dor*, o rigor será uma exigência e a utilidade um objectivo.

Abordagem Psicológica no Controlo da Dor

Biblioteca da Dor. Coordenador: José Manuel Caseiro



Abordagem Psicológica no Controlo da Dor

Autor:
Ana Gomes



PERMANYER PORTUGAL



A Dra. Ana Gomes é licenciada em Psicologia na variante de Psicologia Clínica Cognitivo-Comportamental, Cognitiva e Sistémica, com pré-especialização em Psicologia Clínica da Saúde, pela Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa (FPCE-UL), local onde frequentou o Mestrado em Psicoterapia e Psicologia da Saúde.

Actualmente, desempenha funções como psicóloga clínica no projecto «Atitude Positiva» (Programa de Prevenção Primária das Toxicodependências), mais especificamente no Agrupamento de Escolas Padre Francisco Soares (Torres Vedras) onde realiza actividades de desenvolvimento de competências pessoais e sociais com alunos, formação a encarregados de educação, pessoal docente e não docente, e avaliação e acompanhamento psicológico individual e familiar, e ainda na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa (FPCE-UL), como monitora do Núcleo de Psicologia Clínica da Saúde.

Exerceu funções como psicóloga clínica na Unidade Terapêutica de Dor do Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil – EPE, tendo realizado avaliação e acompanhamento psicológico a adultos, bem como na Liga Portuguesa contra o Cancro (Núcleo Regional do Sul) realizando intervenção psicológica grupal com doentes oncológicos e familiares; foi ainda docente convidada na Pós-Graduação em Psicooncologia da Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa, no ano de 2004.

A importância de algumas das suas comunicações, como *Comunicação e aconselhamento no doente oncológico*, na Universidade Cató-

lica de Lisboa, durante o 4º Convénio da Astor, *Grupos psicoterapêuticos com doentes oncológicos, familiares e amigos*, no Hospital dos Capuchos, integrada na 10ª Reunião Multidisciplinar de Oncologia, e de trabalhos de investigação como *Crenças, conhecimentos e atitudes sobre a dor crónica e sobre as estratégias de confronto em doentes oncológicos e seus familiares: um estudo exploratório* apresentado em Banff (Canadá), no 6th World Congress of Psycho-Oncology: The Art and Science of Psychosocial Oncology, de que foi co-autora (Bacalhau, M., Gil, M. & Gomes, A., 2003), têm-lhe dado a visibilidade que a sua dedicação à causa merece.

O convite para ser autora deste volume da Biblioteca da Dor, mais do que natural, surge assim na sequência de um percurso que a projectará cada vez mais para a problemática da abordagem da Dor.

Títulos já publicados na Biblioteca da DOR:

Fisiopatologia da Dor
José Manuel Castro Lopes

Analgesia em Obstetrícia
José António Bismark

A Segunda Navegação. Aspectos Clínicos da Ética na Dor Oncológica
Manuel Silvério Marques

Dor Neuropática
Maria da Luz Quintal

A Organização da Analgesia do Pós-Operatório
José Manuel Caseiro

Opióides
Luís Medeiros

Multidisciplinaridade e Organização das Unidades de Dor Crónica
Zeferino Bastos

Cefaleias
Arantes Gonçalves

A Via Epidural em Analgesia Pós-Operatória
Pais Martins

Anestésicos Locais
Lucindo Ormonde

Protocolos em Analgesia Pós-Operatória
Maria José Garcia

Dor em Reumatologia
José Canas da Silva e Vera Las

Técnicas de Intervenção no Tratamento da Dor (Parte I)
Francisco Duarte Correia

Outros títulos a publicar na Biblioteca da DOR:

Técnicas de Intervenção no Tratamento da Dor (Parte II)
Francisco Duarte Correia

Abordagem Psicológica no Controlo da Dor

Ana Gomes

Psicóloga Clínica

*Mestre em Psicoterapia e Psicologia da Saúde
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação
da Universidade de Lisboa*



PERMANYER PORTUGAL



© 2008 Permanyer Portugal

Av. Duque d'Ávila, 92, 7.º E - 1050-084 Lisboa

Tel.: 21 315 60 81 Fax: 21 330 42 96

E-mail: permanyer.portugal@permanyer.com

ISBN de colecção: 972-733-133-5

ISBN: 978-972-733-232-8

Dep. Legal: B-4.033/2008

Ref.: 814AP073



Impresso em papel totalmente livre de cloro
Impressão: Comgrafic



Este papel cumpre os requisitos de ANSI/NISO
Z39-48-1992 (R 1997) (Papel Estável)

Reservados todos os direitos.

Sem prévio consentimento da editora, não poderá reproduzir-se, nem armazenar-se num suporte recuperável ou transmissível, nenhuma parte desta publicação, seja de forma electrónica, mecânica, fotocopiada, gravada ou por qualquer outro método. Todos os comentários e opiniões publicados são da responsabilidade exclusiva dos seus autores.

Prefácio

O relacionamento entre a mente e o corpo tem vindo a ser fonte de grande investigação e investimento nas últimas décadas, principalmente desde que se assumiu a existência de uma Medicina do Comportamento, com raízes na Medicina Psicossomática.

Os modelos terapêuticos deste tipo de Medicina foram sendo propostos na convicção crescente de que as pessoas cronicamente doentes passariam melhor se fossem informadas acerca da sua doença, submetidas a técnicas de abordagem psicológica e anti-*stress* e apoiadas quer individualmente quer em grupo, principalmente quando associados aos tradicionais modelos de terapêutica biomédica.

A importância da adopção destes caminhos cresceu de tal forma que a sua existência é hoje considerada indispensável nas Unidades de Dor onde, juntamente com as terapêuticas farmacológicas de analgesia multimodal, constituem um *gold standard* na abordagem multidisciplinar da dor, ao ponto da própria classificação das referidas Unidades depender bastante da *performance* que a abordagem psicológica consiga garantir em cada uma delas.

As estratégias psicológicas surgem assim vocacionadas para eliminarem respostas à dor caracterizadas por inadaptação física e psicológica, tentando substituí-las por respostas caracterizadas por actividades mais satisfatórias e produtivas.

Colocado o problema desta maneira, é fácil entender como a abordagem psicológica no controlo da dor pode dotar os doentes de ferramentas que lhes permitam viver com maior padrão de qualidade e menor sofrimento.

Representando este volume o 14.º desta obra, parecia-nos estranho não ter havido ainda oportunidade de dedicar a este tema o espaço que ele merecia, o que nos levou a desafiar a Dra. Ana Gomes a fazê-lo.

Psicóloga de formação e com experiência institucional nesta área, imediatamente se disponibilizou a verter para estas páginas não apenas o seu conhecimento na matéria, como também o seu entusiasmo e dedicação à problemática da Dor.

Utilizando uma linguagem muito clara e simples e recorrendo, nas técnicas de intervenção, à descrição de casos clínicos, a autora produziu um interessantíssimo trabalho com excelentes condições para poder auxiliar todos os que necessitarem documentar-se sobre o tema, prestando simultaneamente um elogiável contributo a esta causa e valorizando enormemente o conteúdo da Biblioteca da Dor.

José Manuel Caseiro

Índice

Introdução	7
Dor: definição, caracterização e impacto no quotidiano do doente	9
Implicação dos modelos biopsicossociais na avaliação psicológica do doente com dor	11
Os aspectos biológicos ou fisiológicos	11
Os aspectos cognitivos	12
Os aspectos emocionais	13
Os aspectos comportamentais	14
Os aspectos ambientais físicos e sociais	15
Intervenção psicológica no controlo da dor	17
Estratégias didáticas e de fornecimento de informação	19
CASO CLÍNICO: ESTRATÉGIAS DIDÁCTICAS E DE FORNECIMENTO DE INFORMAÇÃO	22
Programação de actividades diárias	23
Distracção	26
CASO CLÍNICO: PROGRAMAÇÃO DE ACTIVIDADES E DISTRACÇÃO	28
Técnicas de auto-sugestão	29
CASO CLÍNICO: RELAXAMENTO	31
CASO CLÍNICO: IMAGÉTICA GUIADA	34
Restruturação cognitiva	35
CASO CLÍNICO: RESTRUTURAÇÃO COGNITIVA	37
Resolução de problemas, treino assertivo e <i>role-play</i>	38

CASO CLÍNICO: RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS, TREINO ASSERTIVO E <i>ROLE-PLAY</i>	39
Auto-monitorização	40
CASO CLÍNICO: AUTO-MONITORIZAÇÃO.....	41
Programação de contingências de reforço.....	42
CASO CLÍNICO: PROGRAMAÇÃO DE CONTINGÊNCIAS DE REFORÇO.....	44
Bibliografia	47

Introdução

A história da abordagem psicológica no controlo da dor é relativamente recente. A teoria do controlo do portão da dor de Melzack e Wall (1965, cit. por Joyce-Moniz e Barros, 2005), ainda que predominante neurofisiológica, representou uma primeira tentativa de introdução de sistemas de natureza essencialmente psicológica para explicar a forma como a informação nociceptiva é processada (i.e., o sistema sensoriodiscriminativo, que intervém na transmissão de informação temporal e espacial sobre a estimulação; o motivacional-afectivo, que funciona como um moderador emocional da dor; e o cognitivo-avaliativo, que explica as mudanças na qualidade ou na intensidade da dor quando o significado da dor muda).

Em termos operacionais, o modelo continua a ser de grande utilidade, já que ajuda a compreender quais os aspectos físicos, emocionais, cognitivos e comportamentais que podem proporcionar a *abertura do portão* (i.e., suscitar uma maior percepção de dor através, p.e., da activação das fibras longas, ansiedade, tristeza, preocupação com as dores, aborrecimento, desinvestimento nas actividades de prazer, perspectiva negativa face ao confronto da dor), ou o seu *fecho* (i.e., permitir uma menor percepção da dor através, p.e., da medicação, massagens, expressão de emoções positivas, capacidade de distração, manutenção da boa forma física e de um estilo de vida saudável) e a definir estratégias de intervenção úteis e pertinentes para corrigir, em cada doente, os factores que interferem negativamente na sua experiência de dor (Ogden, 1999). Ao encontrar respostas para um dos maiores problemas do paradigma organicista, i.e., a questão da variabilidade e idiosincrasia dos processos de dor, o modelo defendido pelos autores colocou em causa a linealidade estímulo-resposta atribuída tradicionalmente ao fenómeno de dor (Joyce-Moniz e Barros, 2005).

Mais tarde, os modelos de intervenção propostos por autores como Turk, Meichenbaum e Genest (1983) vieram reforçar, de forma importante, o carácter biopsicossocial da dor e, conseqüentemente, a pertinência das intervenções cognitivo-comportamentais no seu controlo. Segundo este modelo, são «*as crenças ou significações da pessoa sobre a dor que explicam o controlo que pode exercer sobre essa sensação, o que dá conta da subjectividade e da complexidade que lhe são habitualmente atribuídos*» (Joyce-Moniz e Barros, 2005, p. 55). De uma forma mais prática, as significações pessoais de incapacidade de confrontar a dor servem para reforçar internamente a inactividade, a ausência de empenho e esforço e as reacções emocionais excessivas do doente, o que, por sua vez, mantém as suas crenças, sustentando-se, assim, a relação contingente entre elas. Da mesma forma, a modificação das crenças sobre a dor e das expectativas do seu controlo possibilitam a reversão do ciclo, conduzindo a comportamentos mais adaptados de activação física e uma maior percepção da capacidade de gestão da dor (Joyce-Moniz e Barros, 2005).

Assim, a afirmação da dor enquanto problema multidimensional permitiu conferir-lhe uma complexidade biológica, psicológica e social que não cabia nos limites de uma só especialidade, o que favoreceu a inclusão de procedimentos psicológicos no tratamento da dor, a par de outras

formas médicas de intervenção (Horn e Munato, 1997, cit. por Araújo-Soares e McIntyre, 2000). Neste sentido, o investimento em consultas especializadas na prevenção e tratamento da dor e a valorização do trabalho integrado das equipas multidisciplinares começa a ser mais saliente e a obter resultados interessantes (Coniam e Diamond, 2001), concretizando, na prática, a visão holista do doente, as necessidades de conjugar diferentes especialidades (p.e., Medicina, Enfermagem, Psicologia, Psiquiatria, Serviço Social, Fisioterapia e Terapia Ocupacional) para um eficaz controlo da dor, e a importância de centrar os cuidados no doente (Borrell-Carrió, Suchman e Epstein, 2004), favorecendo a sua autonomia e acção na construção do seu tratamento (McIntyre, 1995, cit. por Araújo-Soares e McIntyre, 2000).

O presente trabalho pretende sublinhar a contribuição da Psicologia para o tratamento e controlo da dor, quer na evidência dos aspectos psicológicos que importam avaliar, tendo em conta o impacto que a mesma tem nas vivências pessoais e no quotidiano de cada doente, quer, sobretudo, na descrição, tão clara e simples quanto possível das metodologias que podem ser desenvolvidas em conjunto com o psicólogo, ou pelos próprios profissionais de saúde, no sentido de favorecer uma maior qualidade de vida e bem-estar ao doente com dor.

Dor: definição, caracterização e impacto no quotidiano do doente

A dor tem sido, recentemente, definida na literatura como uma experiência desagradável do ponto de vista sensorial e emocional, que é decorrente ou descrita em termos de lesões teciduais (IASP). A sua caracterização permite, desde logo, apelar ao significado pessoal e à subjectividade da experiência de dor para o doente, e também ao seu carácter funcional, na medida em que constitui frequentemente um sinal de alerta de um perigo ou instabilidade do organismo. Se é indiscutível a importância da dor enquanto mecanismo protector do indivíduo, também é certo que, por vezes, o quadro algico persiste para além dos tratamentos, ou da eliminação da causa inicial, deixando de cumprir um papel de manutenção da sobrevivência do indivíduo (Barber e Adrian, 1982).

Esta especificidade caracteriza uma das diferenças principais entre a dor aguda e a dor crónica. Na sua maioria, os episódios de dor são agudos, ou seja, tratam-se de dores temporárias, que se resolvem por si próprias ou após um tratamento médico adequado; a dor crónica distingue-se desta pela regularidade e persistência dos episódios de dor, em geral durante mais de seis meses e, muito importante, não serve geralmente como função de alarme do organismo, ao contrário da primeira (Hanson e Gerber, 1990).

O impacto destes dois tipos de dor no quotidiano também é distinto, estando igualmente dependente da forma como o doente conceptualiza a sua situação de doença e como se revê no papel de doente. Muitas pessoas com dor conseguem lidar de forma mais optimista com a sua condição e minimizar os efeitos nocivos decorrentes da mesma, mesmo aquelas em que existe uma relação entre a dor e uma determinada patologia. Nestes casos, as pessoas continuam a trabalhar (mesmo que tenham de realizar alguns ajustamentos na forma como exercem a sua actividade profissional, ou como gerem as tarefas domésticas) e são capazes de aceitar a existência da dor, fazendo exigências realistas e pertinentes às instituições de saúde no sentido de intervir no quadro algico, e adaptar-se a ela, com a introdução de estratégias de confronto adequadas. Outros, porém, e sobretudo em situações de dor crónica, desenvolvem um conjunto de características comportamentais e psicológicas que permitem perceber já uma exacerbação do quadro algico para além dos aspectos meramente físicos da dor, entre os quais: a) uma história de contínuos insucessos no controlo da dor, o que desencadeia sentimentos de desistência, desesperança e desespero; b) debilidade física considerável, decorrente da inactividade e da perda de interesse em actividades quotidianas e c) desenvolvimento de quadros depressiogénicos e ansiogénicos associados a vários sintomas disfuncionais, como o evitamento ou redução significativa da actividade física habitual (incluindo as actividades de prazer e mestria), as perturbações do sono e da alimentação, os conflitos com a família e amigos, a utilização inadequada do sintoma para obter atenção dos outros, e outros ganhos pessoais, e o consumo exagerado e significativo de medicação usada no controlo da dor, da ansiedade e da depressividade (Hanson e Gerber, 1990). Pode acontecer que a uma cronicidade física real se some, por acção do quadro depressivo e ansioso, uma cronicidade psicológica, subjectiva, que há que prevenir (Teixeira, 1998, cit. por Queiroz, 1998).

São três os principais tipos de dor que se podem delinear (Hanson e Gerber, 1990). O primeiro reúne os casos de dor que estão relacionados com um processo de doença sendo, na maior parte das vezes, muito semelhantes ao padrão de dor aguda, em que se pode identificar uma fonte nociceptiva periférica; este quadro algíco surge, p.e., nos casos de doença oncológica e nas várias variantes de artrite.

O segundo prende-se com casos em que há uma clara evidência de dado ou processo patológico que envolve directamente as estruturas nervosas centrais e periféricas; aqui, enquadram-se os casos de nevralgias (p.e., do trigémio, pós-herpéticas), causalgias, dores pós-amputação (i.e., dor de membro-fantasma) e quadros algícos relacionados com patologias malignas afectas a estruturas nervosas.

O terceiro refere-se aos casos em que a existência de uma patologia periférica ou de um dano nas estruturas nervosas não está claramente definida; em geral, o padrão habitual tende a ser um início de quadro algíco agudo, que se prolonga e persiste após recuperação da patologia ou dano. Neste grupo, incluem-se:

- *O distúrbio de dor somatoforme*, em que a ausência de causa orgânica (ou a exacerbação da queixa/comportamento de dor associado a patologia orgânica mais do que seria expectável), em conjunto com uma grande preocupação com as sensações somáticas, crenças irracionais sobre a presença de doença e procura constante de confirmação médica definem um comportamento de doença menos comum (Joyce-Moniz e Barros, 2005).
- Também o *distúrbio de dor conversiva*, em que determinantes psicológicos são responsáveis pelo início, gravidade e exacerbação/persistência da dor, dor essa que se pode localizar em vários sítios no corpo, e que justifica, pelas suas características e consequências nos âmbitos social e ocupacional, a intervenção clínica (Joyce-Moniz e Barros, 2005).

Existe uma maior tendência para associar factores psicológicos nestes dois últimos tipos de dor crónica, no segundo, porque o relato da existência, qualidade e quantidade de dor difere muito frequentemente, em patologias em tudo semelhantes, e no terceiro, pela própria indefinição da causa física.

Qualquer um dos critérios anteriores tem implicações não apenas para a definição, por parte dos profissionais de saúde, do quadro algíco em causa, mas também para determinadas especificações na estruturação da avaliação e, posteriormente, no planeamento e execução da intervenção.

Implicação dos modelos biopsicossociais na avaliação psicológica do doente com dor

Parafraseando Turk, Meichenbaum e Genest (1983), «*As intervenções cognitivo-comportamentais (...) começam por aceder ao mundo fenomenológico dos doentes de forma a compreender o modo como constroem os seus problemas actuais*». A dor é um fenómeno complexo, subjectivo e único para cada pessoa e, por isso, para perceber esta experiência é necessário entender a percepção idiossincrática do fenómeno da dor, das estratégias de confronto pessoais e dos efeitos da dor sobre a qualidade de vida própria e de outros significativos.

Sendo a dor um fenómeno biopsicossocial, é importante que a análise funcional do problema compreenda, o mais possível, as diversas dimensões que se conhece estarem envolvidas na experiência de dor (i.e., biológicos ou fisiológicos, cognitivos, emocionais e comportamentais e ainda ambientais, físicos e sociais). Os instrumentos mais adequados para recolher estes dados são a entrevista clínica, onde se consegue alcançar uma maior subjectividade e especificidade, em especial se esta for realizada de uma forma semiestruturada considerando áreas gerais que estão normalmente relacionadas, de uma forma mais intensa e pertinente, com a dor. Os questionários de auto e hetero-relato e outros instrumentos de medida têm provado ser úteis na avaliação da dor, ainda que de uma forma complementar (Hanson e Gerber, 1990).

É importante, portanto, que a avaliação seja flexível, no sentido de abordar as áreas mais importantes, mas adequar-se à especificidade do doente, colocando questões de forma a solicitar um julgamento por parte do doente sobre as suas crenças sobre o fenómeno de dor. Para tal, facilita bastante perspectivar o doente como o *verdadeiro especialista* relativamente ao seu problema de saúde. Por outro lado, a avaliação inicial pode revestir-se, ela própria, de um valor terapêutico, se for utilizada também para suscitar a reflexão mais aprofundada sobre a vivência pessoal da dor e as implicações que tem no seu quotidiano, sobre a motivação para participar e ser activo na construção do plano de tratamento, e sobre as expectativas face à intervenção psicológica para o controlo da dor (Allcock, Elkan e Williams, 2007). Quando partilhada e discutida no âmbito de uma equipa multidisciplinar, a avaliação psicológica do doente pode ajudar à definição de um plano de intervenção mais adequado e eficaz, favorecendo uma abordagem mais completa do problema em questão.

Os aspectos biológicos ou fisiológicos

A avaliação médica torna-se essencial numa compreensão inicial sobre a dor. Esta avaliação deve reunir um resumo da história clínica do paciente, tendo em conta dados gerais sobre a sua situação médica e, mais especificamente, sobre a dor, compreendendo aspectos distintos como os diagnósticos médicos estabelecidos e as intervenções e tratamentos (farmacológicos e outros) realizados anteriormente para o controlo da dor, os respectivos resultados e eficácia.

As sensações físicas que definem a experiência de dor podem ser descritas em cinco dimensões principais: *localização* (i.e., a parte do corpo onde é sentida a dor), *intensidade* (p.e., qual

o grau de intensidade de dor sentida), *qualidade* (i.e., a natureza da sensação, p.e., moinha, queimadura, em guinada), *classificação* (p.e., incómoda, forte, violenta, horrível) e *tempo* (i.e., durante quanto tempo é sentida a dor).

Neste sentido, a caracterização da dor, segundo estes pontos principais, é um aspecto importante na avaliação do doente, podendo ser obtida através de métodos específicos. Um dos mais comuns é a escala de dor, que pode ser numérica (p.e., 1 a 100, sendo 1 e 100 o mínimo e o máximo de dor possível, respectivamente), verbal (p.e., sem dor, dor moderada, dor forte, dor insuportável), categorial ou analógica visual (i.e., na qual o doente assinala a intensidade da sua dor numa linha previamente traçada de 10 cm). Muitas vezes, as escalas de dor são incorporadas em diários de dor, nos quais se pode também incluir outro tipo de indicadores de dor, p.e., tensão arterial, actividades físicas e também pensamentos e sentimentos que surgem paralelamente. Apesar de, no início, esta monitorização por parte do doente poder levantar alguns problemas de adaptação, o método é bastante útil, não apenas pela especificidade com que permite medir a intensidade de dor, mas também por poder ser percebida na interacção com outras variáveis, pelo psicólogo e, especialmente, pelo indivíduo (Hanson e Gerber, 1990).

Embora haja aqui uma tentativa de quantificar e qualificar a dor, é importante salientar que qualquer sensação de dor constitui uma experiência privada e, como tal, não é passível de ser medida de forma objectiva. É, exactamente, a percepção idiossincrática destas sensações fisiológicas a principal responsável pela utilização de regras (Leventhal e Everhart, 1979) que ajudam cada indivíduo a considerar se determinada dor é representativa da existência de uma doença. No caso específico da dor crónica, os doentes consideram frequentemente que esta experiência deve estar acompanhada de sinais ou indicadores, passíveis de serem observados pelos médicos, de doença ou dano (i.e., *regra da simetria*) ou que, quanto maior a dor sentida, mais grave a doença ou o dano subjacente (i.e., *regra da magnitude*). Qualquer destas considerações não se realiza de forma tão linear, e a verificação deste tipo de crenças nos indivíduos pode ser alvo de confronto cognitivo, recorrendo à evidência empírica.

Pretende-se, com estes dados, conhecer a dor de uma dimensão essencialmente fisiológica, compreendendo possíveis causas físicas que estejam na base do quadro algico e as implicações do mesmo nas capacidades físicas do indivíduo, bem como de que modo a intervenção psicológica pode interagir e complementar, de forma adequada, qualquer intervenção médica que esteja a ocorrer.

Os aspectos cognitivos

O elemento cognitivo diz respeito ao conjunto de condições mentais que são necessárias para experienciar o fenómeno da dor. A dor crónica, embora não indicativa de um estado de alarme, como já foi referido, tende a lembrar à pessoa que o seu organismo não funciona bem. Neste sentido, a dor torna-se facilmente o centro do seu interesse, dificultando a descentração para outros estímulos, tarefas e actividades (Queiroz, 1998). Se o doente selecciona, de forma exclusiva, as manifestações aversivas e limitativas do seu corpo, então a dor assume progressivamente o significado da perda, i.e., a perda de saúde, de bem-estar, de autonomia (Queiroz, 1998). Os processos atencionais são apenas um dos muitos factores cognitivos a par de outros (p.e., a memória de experiências anteriores com a dor e eventos relacionados com as condições específicas da dor crónica, as capacidades e estratégias de confronto percebidas, as expectativas relacionadas com as implicações da dor crónica para o bem-estar próprio, as atitudes e crenças relacionadas com o efeito da dor no próprio e nos outros) que representam um papel

importante na percepção da dor, na intensidade, sofrimento e confronto percebidos e, por isso, tomar consciência da existência dos mesmos ajuda o doente a encontrar formas mais eficazes de lidar com esta (Hanson e Gerber, 1990).

Neste sentido, no que se refere à dimensão cognitiva, é importante, antes de mais, entender qual o significado da dor para o paciente, ou seja, quais as representações mais presentes sobre o problema. A dor pode ser percebida como uma catástrofe, uma solução para os problemas, uma consequência de eventos passados ou uma forma de pedir ajuda. Partindo daqui, é possível reconhecer a forma como o doente interpreta a situação e o tipo de crenças que desenvolve sobre a mesma. Da mesma forma, o modo como o doente interpreta as estratégias de confronto que utiliza, o que pensa sobre as restantes que conhece e qual a eficácia percebida, e que outras alternativas de confronto às anteriores consegue perspectivar são aspectos igualmente importantes a explorar. Importa, portanto, estar atento ao controlo e auto-eficácia percebidos pelo doente (i.e., qualidade das estratégias empregues e qualidade do modo como as desempenhou). Conhecer a percepção do doente sobre as implicações que a dor tem na sua vida quotidiana e na dos outros, i.e., a forma como se percebe a si e aos outros associado à existência da dor crónica (p.e., «*Já não sou o que era.*», «*Os outros não entendem as minhas dores.*»), inclusive as crenças relativas à adesão ao tratamento e para com os técnicos de saúde são também essenciais.

A exploração do tipo de memórias associadas a experiências prévias com a dor, as autoverbalizações em diferentes fases de detecção das expressões somáticas, a qualidade da focalização da atenção face à dor por parte do doente (p.e., quando percebe que a dor começa e acaba) podem ser pistas para a avaliação dos aspectos cognitivos, tal como as expectativas em relação ao futuro, no que diz respeito à visualização de si próprio, das suas actividades e das relações interpessoais são outro aspecto a explorar (p.e., o medo antecipatório, antevendo uma imagem de debilitação e incapacidade de si próprio).

Os aspectos emocionais

Os estados emocionais que acompanham o fenómeno da dor, bem como o efeito da mesma na vida e quotidiano da pessoa, relacionam-se intimamente com o significado atribuído à dor em termos das suas implicações para o bem-estar do próprio (Hanson e Gerber, 1990). Neste sentido, a ansiedade, a frustração, o medo, a preocupação e sintomas depressivos surgem frequentemente, reflectindo: dificuldades em controlar o quadro algico de forma satisfatória; dúvidas em conseguir confrontar continuamente um sintoma que se antevê permanente e crónico; receio pela perda de recursos próprios; receio de experienciar dor na realização de determinadas tarefas (que se antecipam dolorosas), quando o quadro algico é já tão intenso e perturbador; ou a ideia de que não existe saída possível para aquela situação (Hanson e Gerber, 1990). A irritabilidade, a hostilidade, a impaciência, a culpabilização de outros pelo seu problema e a perda do orgulho e satisfação em si próprio e nos seus feitos podem também acompanhar o quadro de dor. Neste sentido, as reacções emocionais à dor e a experiência subjectiva de dor definem um ciclo onde mutuamente se implicam e intensificam (Hanson e Gerber, 1990).

Na avaliação, interessa essencialmente perceber que tipo de sentimentos são suscitados pela experiência de dor, como é que esses estados de humor se relacionam com o quadro algico percebido, e conseguir diferenciar esses sentimentos reactivos à dor, dos relacionados com outros acontecimentos de vida, exteriores à dor. De facto, a dor, ainda que constitua um elemento perturbador, pode não ser a fonte de determinados sintomas que possam sugerir alguma

desadaptação; neste sentido, o diagnóstico diferencial torna-se essencial, de forma a perceber como podemos intervir no problema específico e, se pertinente, de que forma a dor serve e interage com essa questão. A forma como o cliente se relaciona com a dor, i.e., o uso ou não de determinadas estratégias de confronto (p.e., perceber que os medicamentos não são eficazes), e as implicações percebidas provocadas pelo quadro algico (p.e., deixar o emprego) também surgem rodeadas de sentimentos, de qualidade variável.

É importante estar especialmente atento a manifestações de sentimentos que se sabe estarem relacionados mais vulgarmente com a dor crónica, como é o caso da disforia, depressão, ansiedade, raiva e cólera, culpa, irritabilidade, sensação de perda de controlo e de auto-eficácia, entre outros. Para tal, a entrevista clínica pode complementar-se com outros instrumentos que também podem ser usados para medir a intensidade de alguns sentimentos, como sejam o *Pain Discomfort Scale* (PDS) (Jensen, Karoly e Harris, 1991), que pretende avaliar o grau de adaptação à dor, e o *The Pain Anxiety Symptoms Scale* (PASS) (McCracken, Zayfert e Gross, 1992), que avalia a existência de sintomas relacionados com a ansiedade e com a experiência de dor. Se pertinente, pode recorrer-se a outro tipo de entrevistas mais estruturadas ou instrumentos de auto-relato, de uso geral mas que contemplem amostras com características semelhantes às dos pacientes com dor crónica, para avaliar a depressão e a ansiedade, como sejam o *Beck Depression Inventory* (BDI) (Beck, Guth, Steer e Ball, 1997), o *Brief Symptom Inventory* (BSI) (Derogatis e Melisaratos, 1983) ou, especialmente adaptado a esta população, o *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) (Bjelland, Dahl, Haug e Neckelmann, 2002). Estes instrumentos podem ser também utilizados no despiste da existência de algum tipo de psicopatologia prévia que possa interferir, de alguma forma, na percepção e confronto com a dor.

Os aspectos comportamentais

O componente comportamental refere-se a todos os actos realizados em resposta à experiência de dor, como sejam, as expressões imediatas da dor, a forma como a dor é comunicada aos outros, as estratégias de confronto empregues e as mudanças no comportamento como resultado do surgimento e/ou manutenção da dor (Hanson e Gerber, 1990). Mais uma vez, a forma como a dor é expressa exteriormente relaciona-se intimamente com os restantes factores, em especial com os factores social e psicológico, quer se trate de expressões voluntárias (p.e., existem pessoas que, por característica, são excêntricas na comunicação da dor, enquanto outras são muito reservadas) ou involuntárias (p.e., queixas verbais, movimentos de defesa, trejeitos, ruborização) do corpo (Hanson e Gerber, 1990). As estratégias de confronto face a dor reúnem acções tão diferentes como o recurso a medicamentos, o emprego de estratégias de diversão, a restrição de actividades físicas, o isolamento e a adesão às recomendações médicas (Hanson e Gerber, 1990).

A avaliação da componente comportamental pretende explorar todos estes aspectos, desde as estratégias de confronto, passando pela comunicação e expressão da dor, até aos comportamentos para com outros e para com o próprio relacionados com o quadro algico. No que diz respeito ao confronto, é importante perceber que tipo de estratégias (p.e., farmacológicas ou não) estão a ser usadas, quais, qual a periodicidade e em que alturas se usam (p.e., em momentos de dor aguda ou quando a dor é de pouca intensidade). Por outro lado, em situações de dor crónica, é pertinente esperar alterações nas actividades e tarefas realizadas no quotidiano e no tipo de posturas ou movimentos (p.e., deixar de trabalhar ou mudar de emprego, isolar-se ou evitar contactos sociais ou recusar-se a fazer determinados movimentos por receio de encetar a dor). Em suma, pretende-

se traçar um padrão congruente de comportamentos relativos à dor. Na entrevista, é possível recolher todos estes dados de uma forma bastante completa, ainda que o registo de actividades e alguns questionários já referidos anteriormente possam complementar a mesma.

Os aspectos ambientais físicos e sociais

As influências ambientais físicas incluem todos os aspectos do ambiente físico em redor que afectam, de uma forma ou de outra, a percepção e consciência da dor ou da capacidade individual para lidar com ela (Hanson e Gerber, 1990). Neste sentido, a avaliação dos aspectos ambientais pressupõe explorar de que forma o tipo de condições exteriores (i.e., atmosféricas, habitacionais), o uso de determinados objectos (p.e., camas, cadeiras), ou as formas de transporte utilizadas mais frequentemente, entre outros, exercem a sua influência na percepção da dor por parte do doente, precipitando-a, mantendo-a ou reforçando/atenuando a sua intensidade (Hanson e Gerber, 1990). Alguns doentes com dor, p.e., experienciam um aumento de dor quando estão em ambientes mais frios, ao passo que outros melhoram o seu quadro algico em condições semelhantes (Hanson e Gerber, 1990).

Nisto se distingue das influências ambientais sociais, que dizem respeito ao conjunto de pessoas que podem afectar e que são afectadas pela experiência de dor do doente, e que compõem a sua rede social (i.e., a família, os amigos e colegas de trabalho, os médicos e restantes técnicos de saúde). Como é sabido, os aspectos socioculturais afectam, de forma determinante, o modo como a dor é percebida e expressada, ajudando na definição de padrões pessoais de expressão da dor (Hanson e Gerber, 1990).

Igualmente, a percepção do fenómeno por parte da rede social significativa, a forma como afecta as suas próprias reacções e, por sua vez, o entendimento destas acções por parte do indivíduo tem implicações na construção da percepção de dor. Neste capítulo, intervêm não apenas os padrões de reforço e de punição, mas também os défices provocados pela dor no ambiente social do indivíduo (p.e., afastamento da família e amigos por excessivas queixas algicas, dificuldade em iniciar, manter ou aceitar contactos sociais, entre outros) (Hanson e Gerber, 1990). Estudos realizados (Ferrel, Taylor, Grant, Fowler e Corbisiero, 1993) mostram que as famílias fornecem o contexto para as respostas dos doentes à doença e à dor e afectam o tipo de cuidados que o doente tem consigo próprio e a qualidade da sua adesão aos tratamentos e às prescrições médicas. Especificamente, a dor pode constituir-se como uma forma privilegiada para o estabelecimento da relação com os outros (p.e., aproximação, dependência), em especial quando esta tem um impacto psicológico importante no doente (Queiroz, 1998).

Assim, no que diz respeito aos aspectos ambientais sociais, é essencial procurar qual o impacto da existência e manutenção da dor na vivência interpessoal do doente e, por sua vez, como é que as alterações nas relações com as outras pessoas afectaram a sua percepção do quadro algico. Aspectos pertinentes a avaliar poderão ser o relacionamento conjugal (p.e., aspectos sexuais, partilha de interesses comuns e realização de actividades em conjunto), a relação com os filhos (p.e., perda de paciência e maior impulsividade nas interações educativas com os filhos), ou com os colegas de trabalho (p.e., percepção de incapacidade e inutilidade). A interligação de todos estes pontos com a cultura e valores transmitidos pela sociedade e família terão pertinência para uma compreensão completa do problema.

Intervenção psicológica no controlo da dor

A abordagem cognitivo-comportamental subscreve a concepção biopsicossocial da dor, anteriormente abordada, e tem sido integrada em muitas unidades multidisciplinares de tratamento da dor, defendendo um papel importante para as cognições e para as respostas de confronto e ajustamento à dor aguda e crónica.

A perspectiva cognitivo-comportamental assume que os indivíduos são processadores activos do seu ambiente. A sequência do processamento de informação é assumida por esquemas, i.e., padrões cognitivos relativamente estáveis que formam a base para a regularidade das interpretações num conjunto particular de situações (Beck, Rush, Shaw e Emery, 1979). Quando os indivíduos confrontam situações que não são consistentes com o seu esquema cognitivo, procuram alterar a situação ou acomodar as suas cognições de forma a que sejam consistentes com o meio. Esta perspectiva defende também que o conteúdo das estruturas cognitivas subjacentes afecta tanto o estado afectivo como o padrão de comportamento do indivíduo; os sentimentos e os comportamentos podem, por seu lado, facilitar ou inibir a produção de cognições. Neste sentido, o comportamento do indivíduo surge definido como depende reciprocamente do indivíduo e do meio (Holzman, Turk e Kerns, 1986).

Neste sentido, e no contexto da dor, a abordagem cognitivo-comportamental procura, através de um conjunto de técnicas, alterar as respostas cognitivas e comportamentais relacionadas com o quadro algico, assumindo que essas mudanças conduzirão a um melhor funcionamento físico e psicológico do doente (Jensen, Turner e Romano, 2001). Ao reconceptualizar a perspectiva própria sobre a experiência de dor, altera-se o padrão de adaptação a essa mesma experiência (Hanson e Gerber, 1990; Turk e Meichenbaum, 1994). Pretende-se, assim, que as respostas habituais e automáticas, mas ineficazes, do doente possam evoluir no sentido de uma resolução de problemas mais sistemática, de um controlo mais efectivo das emoções e de uma maior persistência nos comportamentos (Holzman, Turk e Kerns, 1986).

Neste sentido, a abordagem cognitivo-comportamental assenta em intervenções com um carácter optimista, na forma como procura, por um lado, que o doente perspetive formas alternativas e mais positivas de entender a dor e, por outro, enfatizando a capacidade do doente para controlar e aliviar a dor através de procedimentos específicos (Holzman, Turk e Kerns, 1986).

A participação activa do doente e a colaboração intensa com o profissional de saúde na procura de soluções adequadas e de estratégias eficazes no confronto da dor ocupam um lugar de destaque nesta perspectiva. Os ganhos terapêuticos são incrementados quando o doente está activamente envolvido e aceita a responsabilidade pela mudança. O facto do doente perceber que os sucessos terapêuticos se devem às suas competências pessoais e que o seu comportamento e decisões são voluntários facilita a aprendizagem e desencadeia sentimentos mais positivos e maiores mudanças comportamentais, num ciclo crescentemente positivo (Holzman, Turk e Kerns, 1986).

As técnicas cognitivo-comportamentais têm demonstrado resultados positivos e interessantes (p.e., redução da sintomatologia depressiva e ansiosa, atitude mais activa e confrontativa face à dor, redução das significações disfuncionais sobre a dor, diminuição da intensidade da dor nos relatos do doente, redução da percepção de incapacidade) com diferentes populações com dor, para além da oncológica (p.e., Arathuzik, 1994; Meyer e Mark, 1995), tais como as que sofrem de enxaquecas (p.e., Holroyd, Andrasik e Westbrook, 1977), artrite reumatóide, (p.e., Randich, 1982, cit. por Meichenbaum, 1996), dor temporomandibular (p.e., Stam, McGrath e Brooke, 1984), dor lombar (p.e., Araújo-Soares e McIntyre, 2000), dor crónica musculoesquelética (p.e., Flor e Birbaumer, 1993), e ainda em doentes que, por apresentarem diversas patologias associadas a quadros algícos intensos, se encontram profundamente limitados na sua mobilidade, necessitando de assistência nos cuidados pessoais (p.e., McCracken, MacKichan e Eccleston, 2007), entre outras, e em diferentes tipos de intervenções, como a grupal (p.e., Skinner, Erskine, Pearce, Rubinstein, Taylor e Foster, 1990).

Em seguida, descrevem-se as estratégias de intervenção psicológica que a literatura salienta como mais importantes para uma gestão eficaz da dor, estratégias essas que procuram seguir objectivos gerais que, tipicamente, estão na base do controlo deste sintoma. A detecção das áreas em que os doentes com dor podem apresentar mais dificuldades no quotidiano, bem como a identificação de competências e recursos, permite a definição de objectivos mais específicos e individualizados, e a elaboração de estratégias de intervenção psicológicas adaptadas ao doente em particular, que o ajudem no processo de ajustamento e adaptação à situação de doença e às suas sequelas, durante o tratamento e/ou reabilitação, no sentido de manter uma existência activa, participante e o mais gratificante possível, ou seja, usufruir de uma boa qualidade de vida, não obstante a presença de um quadro algíco potencialmente incapacitante e das limitações inerentes.

Grande parte das estratégias aqui mencionadas têm sido mais estudadas e aplicadas nos quadros de dor crónica, comparativamente aos de dor aguda, cuja intensidade e duração limitada parecem suscitar uma resolução mais associada a tratamentos médicos do que psicológicos. Não obstante, ao longo da descrição, vão sendo tecidos comentários sobre a pertinência de usar determinada metodologia num ou noutro tipo de dor.

Todas as metodologias interventivas mencionadas a seguir servem dois grandes propósitos, que estão intimamente relacionados com a dor: o *sentimento de controlo* e a *atenção focada nas sensações interiores*.

Um dos aspectos que melhor caracteriza estes doentes, especialmente os doentes com dor crónica, é o sentimento de incontrolabilidade e de imprevisibilidade. Este tipo de sentimentos está comumente ligado a sintomas depressivos e também ao uso de estratégias de confronto menos adequadas ou atribuições de controlo ao acaso ou ao destino. Aumentar a percepção de controlo torna-se pois essencial, o que depreende, por um lado, tornar mais previsíveis os momentos de dor e, por outro, saber que o controlo, ainda que reduzido, é possível. É importante que o doente entenda que não é a experiência de dor, de medo ou outras situações ansiogéneas que são o problema em si mesmo, mas antes a percepção de que não se consegue controlar e prever o acontecimento aversivo. Pretende-se, assim, que os doentes aprendam formas de controlar, de forma mais activa, a dor, reduzindo, paralelamente, os efeitos nocivos na sua vida (Hanson e Gerber, 1990). Parece ainda importante salientar que pode não ser o controlo propriamente dito que marca a diferença, já que, muitas vezes, os doentes que beneficiam deste tipo de intervenção não referem uma diminuição significativamente evidente da dor; o que acontece, possivelmente, é que as metodologias, ao possibilitarem ao doente a aprendizagem de formas

diferentes e mais eficazes de gerir a dor e de prevê-la de forma mais amigável, permitem, consequentemente, o desenvolvimento da percepção pessoal de controlo (Barlow, 1988).

Outra característica importante dos doentes com dor crónica é a concentração da atenção no interior mais do que no exterior, i.e., uma preocupação considerável com as sensações somáticas, que se estende não apenas aos aspectos fisiológicos da dor, mas também ao seu significado e às implicações para o seu bem-estar. O processo de auto-concentração promove, de forma circular, o aumento da percepção da dor, mas também de um conjunto de outras sensações somáticas. A autovigilância excessiva, ao não permitir direccionar a atenção para o ambiente externo, vai reforçar: as significações próprias sobre a dor, por não existir uma regulação partindo de pistas sociais; e a preocupação com a dor, relacionada com uma maior inactividade e isolamento, resultante de um crescente desinvestimento nas actividades sociais. Porque existe esta excessiva preocupação com as sensações somáticas aversivas, cada nova sensação tende a ser perspectivada como um indicador de deterioração ou de novo problema de saúde; a focalização da atenção acaba por ser feita quase exclusivamente sobre o corpo físico, estando dificultada para outros estímulos ou actividades, como a memória, o julgamento ou capacidades para resolver problemas (Barlow, 1988).

Após a descrição de cada uma das metodologias, são apresentados casos de doentes (neste caso, doentes com dor oncológica) onde essas estratégias foram desenvolvidas e trabalhadas, de forma a dar uma noção mais real de como os conceitos mais teóricos podem ser aplicados na prática. A identidade dos doentes é convenientemente protegida e mantida confidencial, durante a apresentação do caso.

Estratégias didácticas e de fornecimento de informação

As estratégias didácticas têm vindo a ser referidas na literatura como intervenções importantes na generalidade das doenças crónicas e terminais, mas também durante crises agudas ou tratamentos pontuais (Joyce-Moniz e Barros, 2005). Na sua função mais geral e didáctica, o fornecimento de informação por parte dos profissionais de saúde permite ao doente e seus familiares adquirir dados importantes e pertinentes sobre a sua doença, as consequências mais importantes, os tratamentos a realizar e quais as vantagens/desvantagens antecipadas, entre outros, promovendo, desta forma, comportamentos adequados à vivência dos problemas de saúde. Neste sentido, a acção dos profissionais representa: um suporte social, na medida em que orienta, sugere e devolve aos doentes um *feedback* sobre a situação e o confronto da doença; uma preparação de doentes e familiares para a compreensão das situações aversivas e do seu confronto; e uma forma de motivar doentes e outros significativos a procurarem, eles próprios, informação sobre a situação de doença e intervenções pertinentes (p.e., junto de outros profissionais ou entidades, em livros ou enciclopédias, na Internet), fomentando acções pessoais espontâneas (Joyce-Moniz e Barros, 2005).

Neste caso específico, existem determinados aspectos intrínsecos à experiência de dor, os quais é necessário e pertinente inteirar o doente. No início da intervenção, pode ser importante enquadrar a dor num modelo explicativo, p.e., o modelo biopsicossocial da dor, ou apresentar o próprio racional da abordagem cognitivo-comportamental, onde se salienta o papel das cognições, dos afectos e dos comportamentos, e as ligações entre eles. É importante que esta apresentação seja individualizada e adaptada ao problema em questão, aos objectivos da intervenção e às capacidades de entendimento do doente, de forma que ele a possa entender na in-

tegra, utilizando, se possível, exemplos pessoais já relatados. Deste sentido, a explicação intencional ou gradual de determinados factores implicados na experiência de dor, em alturas específicas, pode ser, por si só, terapêutico. Numa primeira fase, a abordagem sobre este modelo poderá apenas integrar a forma como os diferentes elementos interagem entre si e caracterizam a experiência de dor, remetendo o carácter funcional da dor para mais tarde, quando a relação com o doente está mais fortalecida, dado que os ganhos secundários e os padrões de reforço são menos facilmente reconhecíveis e pressupõem a aceitação, por parte do doente, da existência de benefícios (sociais ou outros) no sofrimento.

Com esta abordagem informativa e didáctica, o doente estará, por um lado, mais ciente dos objectivos das intervenções que se propõem posteriormente, acabando por ter um efeito de reestruturação progressiva das crenças relativas à capacidade de gestão da dor. Através do reforço dos sucessos e das generalizações a novas situações, o doente vai assimilando aos poucos esses conceitos, iniciando e mantendo padrões de comportamento cada vez mais adequados. Por outro lado, o facto desta metodologia conferir uma certa organização aos dados referidos pelo doente pode funcionar como uma estratégia potenciadora do controlo próprio, principalmente se o doente se sentir mais perdido, menos capaz de estruturar e reflectir sobre as suas ideias e vivências relacionadas com a experiência da doença e/ou de dor.

As instruções sobre as várias formas de controlar e gerir a dor e a ansiedade (p.e., como deve ser feita a ingestão dos medicamentos indicados pelo médico e quais os principais objectivos; em que situações se deve adoptar, como estratégia psicológica, o relaxamento, e em quais são mais eficazes), os princípios posturais, a forma correcta de realizar actividades físicas e/ou desportivas e algumas sugestões sobre a gestão e a execução de tarefas quotidianas representam dados importantes, indispensáveis na compreensão e concretização adequada de um programa de intervenção multidisciplinar no doente com dor (Gall, Arnett e Slonaker, 2000). Da mesma forma, a inclusão de indicações sobre as acções e atitudes que devem ser evitadas, que necessitam de ser geridas, quais as que podem representar danos ou efeitos adversos são, por si só, acções informativas pertinentes para o doente e seus familiares, que lhe conferem sentimentos de controlo sobre o confronto com a doença e a dor, mas também responsabilidades pessoais acrescidas (Wollheim, 1993).

Esta metodologia pode ser útil não apenas na explicação das estratégias em si, mas também na discussão da eficácia esperada das mesmas. É comum os doentes com dor desenvolvem ideias próprias sobre a capacidade efectiva das intervenções psicológicas para diminuir na dor, que, muitas vezes, pecam por excesso no sentido positivo (i.e., expectativas elevadas quanto à eficiência da metodologia proposta pelo profissional) ou negativo (i.e., valorização do poder do medicamento em detrimento das estratégias psicológicas, o que impede o doente de esperar resultados significativos através desta forma específica de gerir a dor, ou de confiar nas sugestões do profissional de saúde). Neste sentido, a discussão destes aspectos pode passar por esclarecer que um dos principais objectivos deste tipo de intervenções não é fazer desaparecer a dor, mas sim aprender a lidar melhor com ela. De certa forma, ela irá desvanecer, porque progressivamente deixa de existir uma centração tão intensa nas sensações somáticas, ainda que não da forma que muitos doentes esperam (i.e., o poder mental de eliminação da dor) (Hanson e Gerber, 1990).

Poderá ainda existir uma tendência acrescida, por parte do doente, para ver os insucessos no controlo do quadro algico, o que pode ser mais frequente ao início, uma vez que a eficácia de certas técnicas depende do treino e da prática na sua execução. Por outro lado, a pessoa pode estar bastante motivada mas, quando inicia a intervenção, começa a sentir dificuldades em seguir as recomendações do profissional de saúde; neste sentido, quando pesa as vantagens e

desvantagens, conclui ser mais fácil, ou com resultados mais imediatos, recorrer, p.e., à medicação fora do esquema terapêutico recomendado, mesmo quando a dor é de baixa intensidade, do que realizar determinado conjunto de acções de carácter mais psicológico anteriormente programadas. Neste sentido, estas estratégias de confronto mais hipervalentes devem ser sempre discutidas, de forma a adequar-se a intervenção, o mais possível, ao doente. Muitas das estratégias utilizadas requerem persistência e empenho por parte do doente, informação essa que deve ser continuamente lembrada e demonstrada nas situações que vão surgindo.

Neste sentido, o fornecimento de informação tem também propósitos pragmáticos ou operacionais, ligados a *o, como, onde e quando* fazer ou não fazer (Joyce-Moniz e Barros, 2005), com vista à aquisição e desenvolvimento de saberes e competências, respeitante ao modo de conduzir a evolução da doença e da dor, e a correcta utilização dos recursos e estratégias disponíveis (Rocha, 2002). A apresentação continuada de racionais, por parte dos profissionais de saúde, a doentes e familiares é um exemplo concreto de fornecimento de informação, tanto mais importante e significativo para os interlocutores quanto maior for a adaptação da explicação à situação específica do doente e da família, aos seus objectivos e necessidades pessoais, ao seu contexto vivencial. Este tipo de intervenções pressupõe ainda que, só a partir da aquisição de conhecimentos, o doente pode compreender a sua doença e os objectivos das acções sugeridas, tomar decisões informadas, aderir aos procedimentos integrados no plano de tratamento e antecipar cursos específicos da doença, dos sintomas e/ou dos comportamentos realizados. Enquanto elemento conhecedor e activo na situação, o indivíduo permite-se a um determinado grau de controlo e mestria sobre a sua doença e acções de confronto, fomentando sentimentos de confiança em si mesmo e segurança nas intervenções definidas (Joyce-Moniz e Barros, 2005).

Não obstante, a literatura tem referido algumas dificuldades e limitações ao fornecimento de informação a doentes e outros significativos. A aquisição da informação veiculada pode ter um efeito contrário ao desejado, porque a sua natureza (i.e., significação, complexidade) pode conduzir a significações ansiogéneas (Wallace, 1986, cit. por Joyce-Moniz e Barros, 2005) ou porque o seu excesso (de informação) pode provocar mais ansiedade aos doentes (Miller e Green, 1984, cit. por Joyce-Moniz e Barros, 2005). Neste sentido, a informação prestada seria mais adequada para a inoculação do *stress*, no sentido de conduzir as pessoas à realização de acções preventivas, do que para a sua redução (Joyce-Moniz e Barros, 2005).

Por outro lado, as estratégias educativas podem entrar em contradição com o direito do doente a não ser informado sobre a verdade dos factos (p.e., diagnóstico, consequências da doença a longo prazo, aspectos específicos do tratamento), o que não significa que estes aspectos sirvam de pretexto para os profissionais de saúde se recusarem a conversar com o doente sobre estes temas (Sarafino, 1990, cit. por Joyce-Moniz e Barros, 2005).

Da mesma forma, as estratégias de informação que assentam na indução de reacções emocionais negativas (p.e, o medo, a culpa) podem revelar-se contraproducentes, por conduzirem a acções defensivas que interferem na adesão aos tratamentos. No entanto, outros autores (DiMatteo e DiNicola, 1982, cit. por Joyce-Moniz e Barros, 2005) referem que a indução do medo pode suscitar a adesão quando os alarmes de perigo convencem realmente os doentes da sua situação de perigo, quando as recomendações são entendidas como eficazes (reduzindo a gravidade ou severidade da doença), ou quando os doentes se percebem capazes de realizar, eles próprios, essas acções. Aliar, a estas informações ameaçadoras, a sugestão e discussão de estratégias de confronto (Janis, 1984, cit. por Joyce-Moniz e Barros, 2005) pode ser uma forma de manter a importância dessa informação e mobilizar comportamentos de adesão.

B. é uma mulher de 42 anos a quem foi diagnosticado um cancro da mama esquerda, há cerca de quatro anos. O facto de ter desenvolvido um quadro depressivo após o diagnóstico, que se intensificou com a intervenção cirúrgica e tratamentos adjuvantes, motivou, na doente, o aumento do consumo de medicação tranquilizante (i.e., Xanax), sem que tal fosse sugerido ou do conhecimento da equipa médica e de enfermagem da Unidade Terapêutica de Dor. Esta medicação havia sido receitada pelo médico de família, há já muitos anos, na sequência da morte de um familiar próximo, de forma a favorecer um sono mais tranquilo. B. acreditava seriamente que o Xanax era o único medicamento que aliviava, de facto, a dor (despoletada, muitas vezes, por situações de ansiedade), o que levava a doente a ingerir grandes quantidades do mesmo (i.e., no máximo de dez comprimidos por dia), nas alturas em que o quadro álgico estava mais descontrolado. Simultaneamente, a doente referia um conjunto de sintomas (p.e., sonolência, apatia, desorientação, perda de memória) que tendia a associar ora à suspeita de «um tumor no cérebro», ora à própria tristeza e angústia por ela sentidas, e que justificavam a sua inactividade e pouco envolvimento em tarefas quotidianas.

As estratégias didácticas foram uma constante no processo terapêutico, desde a sua função mais básica de *fornecimento de informação* sobre as metodologias psicológicas a utilizar, quais os seus objectivos e quais as bases teóricas que as sustentavam, fomentando uma participação mais activa e conhecedora de causa por parte da doente, mas também no seu *modo didáctico*, onde foram exploradas questões relacionadas com o cancro, com os sintomas e sensações físicas e com a adesão ao tratamento médico e consumo de medicamentos. Foi ainda fomentada na doente a procura de informação junto de outros profissionais e fontes, de forma a que eles pudessem perceber o seu interesse e partilhassem com ela determinados dados importantes para a sua compreensão do processo de doença.

Foram apresentados racionais aquando da introdução de estratégias psicológicas específicas, tentando seguir uma linha de raciocínio compreensível para a doente, usando, algumas vezes, situações concretas para demonstrar a teoria. O racional dos processos atencionais, p.e., foi explicado usando uma história em que a doente era colocada como personagem principal, numa situação em que o surgimento de um fogo afastava a sua atenção de uma tarefa interessante, concorrendo o primeiro com um maior poder. Na explicação da trilogia de pensamentos, comportamentos e sentimentos, foi útil recorrer a uma situação específica ocorrida com a doente, neste caso, a realização das tarefas caseiras (i.e., como os pensamentos de incapacidade e inutilidade tendiam a desmotivar a doente a não realizar a tarefa), para que houvesse uma maior compreensão das ligações, e também onde seria mais eficiente o corte nesse ciclo identificado.

A exploração de vários aspectos relacionados com a doença e com a adesão às recomendações médicas acompanharam o confronto sempre que era visível a existência de crenças disfuncionais por falta de informação ou informação incorrecta, ou sempre que a presença desse conhecimento era requerida pela doente e passível de ser fornecido pela psicóloga.

O esclarecimento sobre o Xanax, qual a sua acção e consequências quando tomado em excesso foi um passo importante, por um lado, para a moderação do seu consumo e, por outro, para a atribuição dos sintomas, eventualmente provocados por esse medicamento nestas condições (p.e., perda de memória, dificuldades na localização no tempo) a outras causas que não a existência de uma patologia séria (p.e., a metastização cerebral, uma das hipóteses colocadas

pela doente). A leitura e análise, em conjunto, da bula que acompanha o medicamento, permitiu discutir os efeitos deste medicamento tomado nas doses recomendadas e em excesso (usando também um esquema básico muito simplificado de neurónios e sinapses, para explicar como o princípio activo do medicamento actua), quais os efeitos secundários e quais os efeitos de privação. A doente reconheceu quase a totalidade dos seus sintomas durante a leitura, afirmando nunca ter pensado em consultar este papel para se informar melhor. Quando B. começou a reduzir a ingestão deste medicamento por intervenção dos elementos da equipa multidisciplinar que a acompanhavam na Consulta de Dor, foi mais fácil perceber as alterações fisiológicas e psicológicas que se iam operando no seu corpo e mente, evitando a ansiedade e a incerteza de não saber o que se estava a passar consigo.

No que diz respeito ao quadro álgico, foi bastante importante discutir com a doente que formas mais adequadas existem para o confrontar, que não o consumo de Xanax, abordando, de modo mais intenso, as relações estabelecidas entre os componentes psicológicos e a percepção da dor, ligação várias vezes referida pela doente nas sessões. Perceber que: o Xanax, por si, não tinha qualquer composto analgésico que reduzisse a dor; que a atenuação do quadro álgico feita desta forma era realizada sobretudo através de um relaxamento muito intenso e adormecimento, e também da redução da ansiedade; e que o humor depressivo e ansioso intervém na percepção subjectiva de dor (na medida em que altera o seu significado e consequências) e não nas características físicas ou biológicas da dor, ajudaram a doente a conciliar informação mais correcta e a fazer considerações assentes em aspectos teóricos.

Programação de actividades diárias

Uma das características mais comuns nos doentes com dor crónica é a sua debilidade física. Muitas pessoas têm limitações físicas importantes devido ao quadro álgico e/ou a patologia ou tratamentos realizados, paralelos à dor, embora se possam delinear outros factores igualmente importantes.

Daqui decorrem consequências importantes. Por um lado, o *descondicionamento* (Bortz, 1984), ou seja, a tendência para a redução progressiva dos movimentos e actividades para as quais o doente se sente menos capaz fisicamente ou com menor disponibilidade. À medida que a pessoa vai reduzindo instintivamente os movimentos que causam dor ou que são, de alguma forma aversivos, imobiliza-se cada vez mais, até acabar por deixar de usar certos músculos e adoptar certas posturas. Embora na dor aguda, o descanso e a imobilização possam ser úteis, na dor crónica, estas estratégias podem ser pouco adaptativas em alguns casos, porque promovem essa síndrome de desuso.

Por outro lado, as pessoas podem começar a desenvolver medo e receio em se magoarem, em forçarem demais quando realizam certas actividades que sabem de antemão serem dolorosas (Sarno, 1984a, cit. por Hanson e Gerber, 1990). Embora, em certos casos, não seja recomendável a movimentação da zona afectada, noutras porém, as actividades são evitadas mais do que é preciso e recomendável. Daqui resulta a possibilidade de iniciar um processo importante de evitamento, mas também de desenvolvimento de fobias face a estas actividades aversivas. A própria contracção da musculatura, resultante desse estado ansioso face à situação, contribui para o agravamento do quadro álgico inicial.

Um outro factor que contribui para uma maior inactividade destes indivíduos é a sintomatologia depressiva, que acompanha frequentemente a dor. Os estados depressivos contribuem

para a inactividade, na medida em que potencia o decréscimo de energia, entusiasmo e desejo em realizar diversas actividades físicas e sociais. O doente, ao restringir as suas actividades e evitar situações recompensantes, contribui para um aumento da concentração na doença/sintomas e das preocupações relacionadas com a sua imobilidade e disfuncionalidade e, conseqüentemente, para uma baixa auto-estima e sentimentos de desamparo e desespero (Hanson e Gerber, 1990).

A introdução da programação de actividades neste contexto assume uma função facilitadora da activação física, da funcionalidade e da autonomia do doente com dor, intervindo, conseqüentemente, na qualidade e quantidade dos comportamentos de adesão e da adaptação à situação de doença (Joyce-Moniz e Barros, 2005). Estes aspectos assumem importância acrescida quando se considera que grande percentagem destes doentes exerce a sua actividade profissional com limitações ou mantém níveis importantes de incapacidade física. O objectivo é triplo: aumentar a probabilidade do doente se envolver em actividades (i.e., de prazer, de mestria, tratamentos importantes) que evitava até à altura; remover os factores que constituem um obstáculo para a iniciação dessas actividades, porque a decisão, tomada antecipadamente em contexto terapêutico, só precisa de ser implementada; e manter uma certa actividade durante o tempo estipulado (i.e., *momentum*), prevenindo o regresso à imobilidade continuada (Beck, Rush, Shaw e Emery, 1979).

A modulação da actividade física, a definição das verdadeiras limitações físicas e a construção de um plano de recondicionamento físico (Hanson e Gerber, 1990) são três passos importantes no melhoramento da condição física.

Numa primeira fase, é importante perceber como o doente gere espontaneamente a sua actividade física. A maior parte dos indivíduos com dor e fadiga crónica tende a permanecer inactiva, passando muito tempo do seu dia em posições de descanso e repouso; no entanto, muitos são também aqueles que, vendo dias melhores (i.e., com menos dores ou com maior mobilidade), se aventuram em tarefas que não realizaram noutras alturas onde a sintomatologia esteve agravada. Esta oscilação entre uma actividade exagerada e a inactividade acentuada tem repercussões importantes: se a pessoa aproveita os dias bons para se superar nas actividades físicas, mais facilmente ela terá, no dia seguinte, um dia mau, com um quadro algico descontrolado e um maior cansaço, exactamente porque passou o limite da sua capacidade física (Hanson e Gerber, 1990).

Enquanto que os estados gerais de maior dor e cansaço tendem a representar uma menor adesão à actividade física ou a imposição de posturas menos adequadas que ajudem a atenuar a dor, a redução desses sintomas pode conduzir a uma excessiva confiança nas suas capacidades físicas, enveredando em actividades ou manutenção de movimentos não recomendados. Pretende-se, por isso, tornar este ciclo consciente para o doente, ajudando-o a planear um programa de actividades mais equilibrado, refreando a actividade física nos dias melhores e evitando um excessivo repouso e inactividade nos dias com dor (Hanson e Gerber, 1990). O doente vai aprendendo a reconhecer os sinais que o seu corpo emite e que ajudam na gestão das actividades (Joyce-Moniz e Barros, 2005). Neste sentido, a sequência de tarefas deve ser programada em função da antecipação do grau de dificuldade, mas com alguma flexibilidade que permita ao doente um espaço de autonomia (Beck, Rush, Shaw e Emery, 1979). Da mesma forma, é importante que o calendário estipulado seja elaborado tendo em conta a rotina diária do doente e seus familiares, se acaso é necessário a presença de outras pessoas, para a concretização do plano definido (p.e., ajuda na deslocação do doente).

Muitas vezes, os indivíduos com dor crónica manifestam algum receio em cumprir um programa deste tipo; esperam sentir mais dor e desconforto e isso constitui uma punição à realização das actividades definidas. Neste sentido, é importante que o doente perceba qual a vantagem de realizar este tipo de exercícios e tarefas (p.e., aumento da flexibilidade corporal e fortalecimento dos músculos, descentração das sensações somáticas e da dor, mas também atenuação da sintomatologia depressiva, redução da ansiedade, potenciação dos sentimentos de prazer e mestria, aumento do contacto social), para além de lhe assegurar um plano realista de actividades, que tenha em conta as suas capacidades e necessidades actuais.

É importante que as tarefas definidas no plano (sejam elas actividades de lazer, exercícios diários ou actividades desportivas) sejam simplificadas e agradáveis, atraentes para os doentes que as realizam (Hanson e Gerber, 1990). O facto das actividades poderem ser realizadas em conjunto com outros doentes, com familiares e com amigos, ou simplesmente numa classe de ginástica, pode motivar o doente com dor para comportamentos de adesão mais persistentes. Como já foi referido, acompanhar a construção do programa de actividades com algumas explicações sobre a melhor forma de realizar as tarefas e de adoptar determinadas posturas corporais é um modo de ajudar a evitar movimentos de dor e de potenciar a confiança e o aumento de conhecimento, no indivíduo, do funcionamento ideal do seu corpo (Hanson e Gerber, 1990).

É importante que a programação das actividades seja graduada, p.e., em termos do grau de dor provocada, das capacidades de mobilização efectivas, do tempo de duração ou da dificuldade da tarefa, no sentido de uma modificação pertinente da estrutura dessa tarefa (Beck, Rush, Shaw e Emery, 1979). No início, o doente realizará apenas actividades e exercícios com as quais sinta relativo à-vontade e um grau suportável de dor, que aumentam progressivamente à medida que se vai percebendo com mais força e também com mais confiança. Isto também significa que a programação de actividades deve basear-se em objectivos realistas e a curto prazo, construídos inicialmente para a obtenção célere de experiências recompensadoras, mas sólidas. Como a actividade é feita aos poucos, a probabilidade de representar uma punição que elimina o comportamento decresce, o que introduz alterações importantes no ciclo referido atrás (i.e., sobre-actividade → dor intensa → inactividade total passa a actividade moderada → alguma dor suportável → manutenção da actividade → ainda menos dor → aumento gradual das actividades sugeridas inicialmente) (Hanson e Gerber, 1990).

A activação do esqueleto e dos músculos vai proporcionar um melhoramento da forma física e do bem-estar, que é evidente em termos concretos para o doente que, desta forma, ganhará mais confiança em si mesmo para progredir. A descoberta dos limites físicos reais é um processo que se prolonga durante a construção e realização do programa de actividades. Pretende-se que o indivíduo vá tomando, gradualmente, consciência das suas verdadeiras limitações, no que diz respeito às capacidades físicas básicas (p.e., estar sentado e em pé) ou mais específicas (p.e., limpar a casa, fazer jardinagem, viajar), não esquecendo a intensidade, frequência e duração das mesmas (Hanson e Gerber, 1990).

Em geral, em indivíduos com doenças associadas a quadros de dor crónica, tende-se a registar igualmente uma generalização das incapacidades ou a formulação espontânea de hipóteses mais negativas e pessimistas, o que tem implicações para o tipo de significações construídas acerca das suas competências físicas (Hanson e Gerber, 1990) ou do tempo que podem dispensar para essas actividades quotidianas, para os exercícios ou outros aspectos do plano de tratamento estipulado (p.e., «*Nunca serei capaz de fazer esta tarefa. É muito penoso para mim.*», «*Não tenho tempo suficiente.*», «*Está mau tempo.*», «*Estou fora de forma. Vai ser impossível*

voltar a ver resultados positivos.», «*Estou numa crise da doença neste momento.*», «*São muitas coisas para fazer ao mesmo tempo.*»). Neste sentido, a programação de actividades pode ser também utilizada no confronto e desconfirmação das significações inadaptativas no doente com dor, na medida em que a realidade da acção, convertida em dados objectivos, pode funcionar como prova empírica (Joyce-Moniz e Barros, 2005).

Porque a programação é construída em conjunto com o doente (tendo em conta os obstáculos comportamentais e cognitivos que possam condicionar a realização dessas actividades) e implementada de forma progressiva, o registo de experiências positivas, que contrariam a crença de que é incapaz (p.e., de realizar um exercício, de gerir todos os tratamentos, de ser persistente, de conseguir experienciar sentimentos de prazer e mestria) é aumentada (Beck, Rush, Shaw e Emery, 1979). Os sentimentos de satisfação, que decorrem dos dados concretos de capacidade, estimulam a motivação e vontade dos doentes em voltar a desempenhar tarefas que evoquem essas sensações de bem-estar.

Não obstante, o não cumprimento das actividades definidas também representa *água para o moinho terapêutico* (Beck, Rush, Shaw e Emery, 1979). Se existir um reforço social da debilidade física e da referência excessiva ao quadro algico e outros sintomas aversivos (i.e., se os outros reagem com simpatia e atenção às queixas algicas, se o indivíduo tem compensações monetárias e regalias excessivas relacionadas com a sua incapacidade para o envolvimento em actividades físicas), então, ele terá razões acrescidas, terá ganhos secundários para manter este padrão comportamental, mesmo que, à primeira vista, tais ganhos não sejam reconhecidos enquanto tal (Hanson e Gerber, 1990). Poderá ter existido uma ambição excessiva por parte do profissional de saúde e do doente na definição dos objectivos e no grau da tarefa definida ou, simplesmente, as actividades programadas representam graus mais reduzidos de satisfação e atractividade (Beck, Rush, Shaw e Emery, 1979). De qualquer forma, através da análise do processo e dos registos, estes obstáculos podem ser identificados e debatidos.

Distracção

A introdução de técnicas cognitivas de distracção tem sido referida pela literatura como bastante importante no confronto da dor e de outras sensações somáticas desagradáveis, mas também na ansiedade gerada pela própria situação de doença, em que os sintomas permitem um menor grau de funcionalidade e valorizam a incapacidade física. O seu valor acresce por se tratarem de estratégias facilmente aprendidas pelos doentes e familiares, pelo que podem ser auto-induzidas (Gall, Arnett e Slonaker, 2000).

A utilização destas técnicas requer o entendimento, por um lado, de como funcionam os processos atencionais e a competição de estímulos, e, por outro, das competências do próprio no que respeita ao poder de abstracção das sensações aversivas e gestão da atenção (Hanson e Gerber, 1990).

Em primeiro lugar, que os processos atencionais estão sempre envolvidos na percepção das sensações somáticas e que o facto de se ter consciência delas não reflecte necessariamente um dano físico maior ou menor (Hanson e Gerber, 1990).

Em segundo lugar, que a mente não pode dar atenção a todos os estímulos ao mesmo tempo, o que significa que a atenção tem um carácter selectivo, focalizando-se, por intenção do indivíduo, nos estímulos mais importantes (Turk, 1977, cit. por Joyce-Moniz e Barros, 2005). A dor,

p.e., sendo um estímulo poderoso, tende a chamar a atenção para si, o que resulta numa concentração no interior em detrimento do exterior; para além disso, sendo também um estímulo aversivo, suscita, por parte do indivíduo, emoções negativas e sofrimento, nas quais haverá também uma concentração da atenção. O que se pretende, com as estratégias distractoras, é propor uma situação ou tarefa suficientemente atraente e envolvente que permita a concentração nessa mesma tarefa, colocando os estímulos menos agradáveis em segundo plano ou, então, que a sua percepção seja menos intensa e central (Hanson e Gerber, 1990).

Por último, que a concentração na dor e nas emoções aversivas tende a iniciar e manter um movimento circular, i.e., mais consciência das sensações somáticas implica uma maior percepção das mesmas, que potencia o sofrimento e o mal-estar que, conseqüentemente, tem implicações na atenção sobre o corpo. Se determinadas pistas do contexto facilitam a atenção acrescida sobre a dor (p.e., idas frequentes a locais relacionados com a dor, como hospitais e clínicas, ou perguntas de amigos sobre se o doente está a sentir dor), então o ciclo tenderá a manter-se (Hanson e Gerber, 1990).

Com este tipo de técnicas, pretende-se que o doente se treine na focalização da atenção, envolvendo-se em determinadas actividades e tarefas que constituam, para o indivíduo, estímulos fortes e aliciantes o suficiente para poderem concorrer com a experiência de dor. Neste sentido, as estratégias de distração enquadram-se num tipo de confronto por evitamento, especialmente indicado face a dores crónicas mais brandas (McCaul e Malott, 1984, cit. por Joyce-Moniz e Barros, 2005), ou dores agudas implicadas em tratamentos potencialmente aversivos, como, p.e., os estomatológicos (Sarafino, 1990, cit. por Joyce-Moniz e Barros, 2005), sendo também mais eficaz quando a pessoa faz um esforço maior para estar atenta à estimulação incompatível (Joyce-Moniz e Barros, 2005). Existe um conjunto de estratégias variadas de confronto que podem incluir dirigir a atenção para estimulação externa (i.e., características físicas do meio), para o envolvimento em actividades cognitivas (p.e., fazer uma lista de compras, realizar um procedimento de relaxamento), ou em acções quotidianas (p.e., ir ao cinema, trabalhar).

Embora a proporção de envolvimento nestas actividades seja determinada individualmente (i.e., consoante os interesses, possibilidades e capacidades do doente com dor), é importante salientar que elas sejam balanceadas, mais precisamente, conseguir um equilíbrio entre o *dever* e o *querer* (Hanson e Gerber, 1990). Determinadas tarefas são realizadas num sentido do dever, da obrigação e da responsabilidade (p.e., tarefas domésticas); outras, porém, representam a alegria, o bem-estar e a descontração (p.e., passear). Um excesso das primeiras implica, geralmente, um aumento da ansiedade e *stress*, bem como de um sentimento de privação de prazer, enquanto que um aumento das segundas demonstra uma falha no cumprimento dos deveres e das responsabilidades. As considerações referidas atrás a propósito da calendarização ou programação de actividades (*vide* capítulo anterior, *Programação de Actividades*) complementam este ponto respeitante ao equilíbrio entre o *querer* e o *fazer*.

Não obstante, é importante e benéfico que o indivíduo conheça outras formas de distração quando experiencia estas sensações aversivas, no caso de não ser possível realizar estas actividades ou quando a estimulação ambiental é mínima (Hanson e Gerber, 1990). A direcção da atenção para as características físicas do meio (p.e., pontos na parede, uma gravura, uma jarra de flores ou um determinado som) ou a orientação da atenção para tarefas ou pensamentos diferentes que requeiram uma concentração relativa (p.e., planear o dia seguinte, ir às compras, tomar um duche, conduzir, cantar) são dois exemplos de estratégias de confronto que usam o controlo dos processos atencionais (Joyce-Moniz e Barros, 2005).

CASO CLÍNICO:

PROGRAMAÇÃO DE ACTIVIDADES E DISTRACÇÃO

A. é uma mulher de 50 anos a quem foi diagnosticado, há cerca de seis anos, um cancro da mama ductal bilateral. Na altura, realizou cirurgia conservadora, seguida de tratamentos de quimioterapia e, depois, de radioterapia. A doente é seguida na Unidade Terapêutica de Dor pela manutenção de um quadro algico importante na zona do peito e ombro do lado esquerdo, com sensações de comichão.

Na avaliação psicológica realizada, verificou-se que a dor é indicada pela doente como um dos factores que mais afecta a sua funcionalidade normal, quer pela perda de mobilidade e força dessa zona do corpo, quer pela redução do bem-estar e da disposição geral. Neste sentido, a doente foi tornando-se cada vez mais inactiva, verificando-se um aumento da sintomatologia ansiosa e depressiva na vivência de episódios de dor (p.e. sentimentos de desvalorização face às capacidades próprias, desespero e desesperança em relação ao futuro).

A programação e registo de actividades foi utilizada durante toda a intervenção, essencialmente direccionada para três aspectos:

1. Reduzir os sentimentos de desamparo e falta de controlo e mestria, potenciando o retomar de tarefas prazerosas e uma melhor organização das restantes actividades.
2. Estruturar acções de confronto face às sensações físicas e sintomas percebidos pela doente (p.e., dor), mas também a situações percebidas como potenciadoras do humor depressivo (p.e., tempo frio), de forma a responder-lhes de uma forma mais adequada.
3. Obter registos objectivos sobre o quotidiano que possam ser utilizados no confronto e desconfirmação das significações inadaptables da cliente.

A programação de actividades esteve estreitamente ligada à distracção, na medida em que determinadas tarefas eram também utilizadas como forma de centrar a atenção em acções concretas, afastando-a, conseqüentemente, das sensações e outros sintomas físicos e dos pensamentos negativos, jogando, portanto, com a incompatibilidade de ambos os conjuntos de estímulos. Neste caso, não só se potencia uma ocupação mais eficiente, adequada e prazerosa do tempo como, ao estar envolvida na tarefa, a doente consegue abstrair-se mais facilmente daquilo que a preocupa ou deprime.

A programação de actividades foi elaborada tendo em conta alguns passos importantes: registo simples diário das actividades definidas, considerando para cada uma delas, os graus de prazer, mestria e dor, (em escala de 1 a 5, sendo 1 o mínimo e 5 o máximo de intensidade), de forma a obter-se um padrão das actividades diárias e da sua qualidade, bem como da distribuição das mesmas pelo dia; planeamento das actividades para o dia seguinte, de forma a promover uma organização prévia e optimizada do dia, balanceando as actividades de obrigação e as de prazer.

A introdução de actividades foi elaborada de forma graduada (em termos do nível de dor provocado e das capacidades de mobilização) permitindo que a doente se sentisse cada vez mais confiante de que era capaz de as realizar sem dor.

Estas estratégias tiveram resultados bastante positivos. No final da intervenção, A. era já capaz de regular o seu quotidiano em função de um agravamento do quadro físico ou psicológico, definindo a pertinência de usar uma ou outra estratégia face a um aumento de dor ou de ansiedade. A. retomou algumas das suas actividades preferidas, inclusive actividades que envolviam outras pessoas, transformando a perspectiva mais negativa sobre os acontecimentos e relativizando *o ter de fazer*.

Técnicas de auto-sugestão

As sugestões, enquanto significações induzidas deliberadamente para produzir alterações adaptativas no modo hipervalente de pensamento, para suscitar formas de confronto ou para induzir o bem-estar físico e emocional (Joyce-Moniz e Barros, 2005), têm a sua eficácia e importância dependendo, por um lado, da significância, aceitabilidade e utilidade que essas sugestões representam para o indivíduo e, por outro, na sua própria percepção de controlo da situação ou da sintomatologia (Bowers, 1968, cit. por Joyce-Moniz e Barros, 2005; Melzack e Perry, 1975, cit. por Joyce-Moniz e Barros, 2005).

Numa observação menos cuidadosa ou menos conhecedora dos mecanismos que baseiam estas metodologias, poder-se-ia entender que assentam na atribuição do poder epistemológico máximo ao cuidador, que induz as sugestões, e de um poder mínimo ao doente, que está a submeter-se ao procedimento (Joyce-Moniz e Barros, 2005), isto porque o doente abdica, em certa medida, da sua racionalidade e controlo pessoais para *se deixar ir*, passando a responder em função das indicações exteriores e, portanto, a fazer coisas que, caso contrário, não faria (Hilgard, 1965, cit. por Joyce-Moniz e Barros, 2005).

Não obstante, um enquadramento mais cognitivista destas técnicas ajuda a desmistificar esta visão, em dois sentidos complementares, por um lado, porque as sugestões do indutor ajudam o doente a direccionar a sua atenção para fora do seu meio imediato, mas para se deixar absorver pelas experiências interiores transmitidas como asserções verbais e imagens (Heap, 1997, cit. por Joyce-Moniz e Barros, 2005), e por outro, porque a realização destes procedimentos pressupõe necessariamente a aceitação, pelo doente, das sugestões que lhe são feitas (mesmo que este não as considere como hipnóticas, ou que não fique passivo, ou num estado de adormecimento) (Barber, 1982, cit. por Joyce-Moniz e Barros, 2005), tanto mais que, posteriormente, podem ser utilizadas pelo mesmo (enquanto auto-sugestões) como uma forma de confrontar e controlar a dor, prolongando e generalizando os efeitos benéficos do tratamento inicial conduzido pelo profissional (Barber, 1982, cit. por Joyce-Moniz e Barros, 2005).

Este tipo de técnicas deve ser introduzido o mais cedo possível no processo de doença, especialmente quando os doentes parecem adversos ou desconfiados em relação às terapêuticas que envolvem a ingestão de medicamentos, ou quando privilegiam o controlo da situação de doença e de dor (Joyce-Moniz e Barros, 2005). Não obstante, nem sempre este tipo de metodologias surte efeito, especialmente quando os doentes não são permeáveis à sugestão (Hilgard e Hilgard, 1983, cit. por Joyce-Moniz e Barros, 2005) ou em casos de dores benignas ou de somatizações de componente somatoforme (Joyce-Moniz e Barros, 2005). Alguns estudos parecem comprovar a eficácia deste tipo de metodologias nas enxaquecas (Anderson, et al., 1975, cit. por Joyce-Moniz e Barros, 2005), na dor lombar (i.e., *low back pain*) (Crasilneck, 1979, cit. por Joyce-Moniz e Barros, 2005), nas dores dentais (Barber, 1977, cit. por Joyce-Moniz e Barros, 2005) e na dor oncológica (Margolis, 1985, cit. por Joyce-Moniz e Barros, 2005; Orne, 1989, cit. por Joyce-Moniz e Barros, 2005; Simonton, et al., 1978, cit. por Joyce-Moniz e Barros, 2005).

Relaxamento

O relaxamento, enquanto uma das técnicas que usa a (auto-)sugestão, tem sido igualmente proposta como um instrumento útil no confronto do *stress* físico (Gall, Arnett e Slonaker, 2000) e emocional (Benson, 1975, cit. por Joyce-Moniz e Barros, 2005) e em quadros algícos específicos, como a dor lombar (Bru, et al., 1994, cit. por Joyce-Moniz e Barros, 2005), ainda que a sua efi-

cácia dependa grandemente da persistência do treino regular para a concretização eficaz dos procedimentos específicos e do tipo de dor em questão, já que os resultados tendem a ser mais evidentes no confronto de sensações somáticas discretas, de baixa ou média intensidade.

Para além de funcionar como um exercício de diversão de atenção, pela forma como a direcciona para sensações, pensamentos e imagens agradáveis, o treino de relaxamento é útil na redução da dor directamente provocada pela tensão muscular (p.e., posição encolhida ou contracção da região com dor), e no confronto dos estados de ansiedade induzidos pelo próprio quadro algico, ou por outras fontes de problema (p.e., percepção de incapacidade, problemas familiares, dificuldades em desempenhar a profissão) (Gall, Arnett e Slonaker, 2000; Turk, 1978, cit. por Joyce-Moniz e Barros, 2005). A tensão é uma reacção natural e adaptativa que decorre de uma activação do corpo face a uma situação percebida pelo indivíduo como perigo. Neste sentido, a tensão em si mesma não constitui um problema, antes o excesso da mesma, que decorre de situações em que o estado de ansiedade não corresponde (ou corresponde em demasia) às necessidades de confronto. As consequências fisiológicas, cognitivas e emocionais resultantes da amplificação do alarme repercutem-se negativamente na percepção da dor e de outras sensações somáticas aversivas, potenciando o sentimento de vulnerabilidade e desamparo. Neste sentido, o relaxamento pode ser utilizado como forma de contrariar esta tensão excessiva, nas suas diversas vertentes (Hanson e Gerber, 1990). Durante o procedimento, o doente está ocupado cognitivamente e comportamentalmente, o que o ajuda a entreter durante a experiência dolorosa, conduzindo a uma sensação de maior conforto e calma (Joyce-Moniz e Barros, 2005).

A técnica proporciona também uma possibilidade de confrontar e relativizar sensações de contracção e descontração, aumentando assim a consciência daquilo que caracteriza cada uma delas; com efeito, muitas pessoas ficam tensas sem o notarem e outras referem um estado de relaxamento significativo, mesmo quando não estão descontraídas na totalidade (Hanson e Gerber, 1990). Com o treino, o indivíduo vai adquirindo uma maior facilidade em reconhecer estes estados, também porque vai estando mais atento aos sinais subtis de tensão, ganhando progressivamente uma maior capacidade para, voluntariamente, induzir o relaxamento. É, de resto, importante salientar ao doente que o relaxamento é uma capacidade e, enquanto tal, necessita de um tempo de aprendizagem que varia de pessoa para pessoa, o que significa que a obtenção de resultados significativos depende do empenho e persistência com que o doente o realiza (Hanson e Gerber, 1990).

Três aplicações do relaxamento merecem especial evidência (Hanson e Gerber, 1990). O relaxamento como *forma de confronto* tem como objectivo principal ajudar o doente a lidar de forma mais eficaz com as situações ansiogéneas (p.e., os episódios de dor intensa ou de menor funcionalidade), podendo ser utilizada em qualquer altura. A respiração profunda e sustida funciona como sinal para que o indivíduo comece a prestar atenção às regiões do corpo tensas e as force a descontrair com alguns movimentos; este comportamento coloca-o numa melhor posição para reflectir mais claramente e para agir de forma mais adequada. Pode ser sugerido ao doente que oriente a sua reflexão com algumas perguntas importantes, p.e., «*O que estou a sentir?*», «*Quais são as causas que despoletaram esta dor intensa?*», «*Será que posso ver esta situação de forma diferente?*», «*O que devo fazer para confrontar estes pensamentos e/ou esta dor intensa?*». A realização de um tipo de relaxamento mais activo, como seja a indução de uma paz de espírito através de auto-instruções específicas (i.e., não se preocupar, não antecipar o pior, deixar cair ressentimentos e antecipações de incapacidade) parece ser útil no confronto da dor lombar (Joyce-Moniz e Barros, 2005).

O segundo tipo de relaxamento refere-se à forma mais comum de utilização desta técnica, i.e., como *time-out* das actividades que o doente está a realizar no momento, ou ainda como

forma de induzir o sono (Joyce-Moniz e Barros, 2005). Neste caso, é comum utilizarem-se procedimentos específicos, sendo os mais referidos pela literatura o relaxamento tipo *let it go* de Schultz e Luthe (1969, cit. por Hanson e Gerber, 1990) e o relaxamento muscular progressivo de Bernstein e Borkovec (1973). Em geral, o profissional de saúde conduz inicialmente o procedimento em consulta, de forma a que o doente fique familiarizado quer com as instruções de descontração, quer com a preparação prévia do espaço, uma vez que a presença de condições específicas (p.e., controlo dos estímulos luminosos e sonoros, posição agradável e confortável) favorecem a orientação da atenção para as sugestões e para a eficácia do procedimento. Posteriormente, o procedimento é realizado pelo próprio doente no local que mais lhe for conveniente, recorrendo a instruções de relaxamento que memorizou ou, caso ache a tarefa difícil, a gravações de voz (própria ou do profissional de saúde) desse procedimento. O preenchimento de uma ficha de avaliação de cada sessão de relaxamento realizada, que integre o registo do grau de relaxamento antes e depois do procedimento, os pensamentos e sentimentos percebidos no final da sessão e as dificuldades encontradas e as zonas do corpo de mais difícil descontração, durante o relaxamento, funciona como dado empírico e pode ser alguma utilidade enquanto base de comparação dos resultados obtidos e alterações a fazer numa sessão seguinte.

O *envolvimento em actividades quotidianas* (p.e., actividades laborais, de voluntariado, de tempos livres e lazer, ou sociais) pode ser também uma forma de relaxamento, na medida em que requer igualmente um esforço, por parte do doente, para se concentrar na tarefa, e assim desviar a atenção da dor; ao mesmo tempo, a própria qualidade da actividade (porque é interessante e ao gosto do doente) ajuda-o a descontrair-se, diminuindo, assim, a ansiedade e a tensão, e potenciando sentimentos de bem-estar e, muito importante, o contacto com os outros, o reforço positivo e os comportamentos preventivos no surgimento e/ou aumento da dor (Hanson e Gerber, 1990).

O treino de *biofeedback* é referido na literatura como tendo um papel variado no controlo da dor crónica (Hanson e Gerber, 1990). Ainda que, numa primeira instância, se tenha perspectivado o treino de *biofeedback* como capaz de alterar directamente alguns mecanismos específicos subjacentes à dor, ele é, actualmente, reconhecido como complemento e facilitador da aquisição das capacidades gerais de relaxamento, como acontece com outros procedimentos físicos (p.e., colchões quentes, tratamentos com gelo, massagem) (Joyce-Moniz e Barros, 2005). Mais especificamente, ele tem sido usado para incrementar as crenças dos doentes na sua perícia para reduzir a tensão muscular ou alterar o fluxo sanguíneo periférico durante o relaxamento. A visualização dos registos fornece aos indivíduos com dor evidência concreta de que os exercícios de relaxamento têm um efeito benéfico sobre os aspectos físicos e que estão a ser bem realizados, embora, em rigor, eles apenas representem alguns segmentos da resposta total de relaxamento. Isto significa que, mesmo quando um indivíduo não mostra mudanças significativas na tensão muscular, isso pode não querer dizer que não esteja a ter benefícios com o treino (Hanson e Gerber, 1990).

CASO CLÍNICO: RELAXAMENTO

C. é uma mulher de 55 anos, a quem foi diagnosticado um carcinoma ductal na mama esquerda há cerca de 11 anos. Fez mastectomia radical, seguida de quimioterapia, não tendo sofrido qualquer recidiva local ou regional. A doente foi encaminhada para a Unidade Terapêutica de

Dor por recorrer várias vezes às urgências por dores localizadas no braço e peito esquerdo, que depois se generalizam para todo o corpo. Quando lhe é pedido para caracterizar a dor, C. define-a como uma sensação de aperto muito forte nas zonas do peito e braço esquerdo, com intensa sensação de mal-estar e de calor à movimentação. No entanto, à medida que a doente fala sobre o tema, a descrição da dor tende a aumentar em extensão de localização, e em intensidade: a dor deixa de se circunscrever ao peito e braço direito, e avança progressivamente para o braço direito, na zona dos ombros e costas, na cintura e nas coxas e joelhos. Paradoxalmente, embora a doente expresse sentir dores, os movimentos dessa zona são promovidos e mantidos por ela de forma persistente, durante a explicação. As causas deste quadro algico variam entre os tratamentos realizados no combate ao cancro (i.e., mastectomia) e o tempo que esteve acamada aquando da recuperação da cirurgia. A terapêutica antiálgica definida pela equipa médica não surtiu, segundo a doente, qualquer alívio do quadro algico; ao contrário, após a realização de tratamentos específicos de anestesia da dor local, C. manifestava um aumento da dor, expressada de forma exuberante, com sensações de desfalecimento e fraqueza.

A avaliação psicológica permitiu perceber que C. passa muito tempo sozinha em casa, sem actividades de lazer ou sociais definidas ou mantidas durante muito tempo. Por um lado, as dores justificam, para a doente, esta maior inactividade e isolamento social: muitos movimentos provocam dor, forçando-a a estar deitada ou sentada, o que, consequentemente, promove sentimentos de tristeza, desesperança e de incapacidade. Por outro, a existência de poucas ocupações durante o dia parecem dar oportunidade a uma maior concentração na dor, o que mantém o ciclo (i.e., mais inactividade, mais concentração na dor, menos actividades devido às dores, e assim sucessivamente). A doente apresenta ainda uma história vasta de episódios depressivos, após a morte do filho mais novo, vários anos antes do diagnóstico.

A dor é considerada, pela doente, como um grande mal, que implica seriamente no seu quotidiano e autonomia. Não obstante, a dor é permanentemente mantida e evidenciada, não apenas pela realização de comportamentos que induzem a dor (p.e., movimentos dolorosos) ou que a exacerbam (i.e., expressão teatral da dor), mas também em termos cognitivos, com pensamentos recorrentes sobre a dor e as suas consequências negativas, que são verbalizados pela doente. Daqui se depreende a existência de ganhos secundários associados à dor e à sua expressão (i.e., aproximação e atenção dos outros e reforço do apoio e ajuda social pela manutenção de uma postura de vitimização).

O relaxamento respiratório *let it go* (Schultz e Luthe, 1969, cit. por Hanson e Gerber, 1990), associado à sugestão de imagens agradáveis, foi usado como estratégia racional de confronto com a dor, de uma forma geral, e com a ansiedade e tensão associada às situações desagradáveis do tratamento, de uma forma particular. A escolha desta técnica baseou-se em três aspectos principais: a existência de um quadro ansioso associado à experiência de dor, excessiva concentração nas sensações somáticas e pouca iniciativa na utilização de técnicas distractivas como confronto da dor, e resistência e pouca confiança nas intervenções psicológicas no confronto da dor. A constatação de momentos com menos dor e maior bem-estar, e a possibilidade real de controlo do quadro algico foram-se constituindo, gradualmente, como evidências concretas que contrariavam os pensamentos polarizados e negativos comuns no discurso da utente; o preenchimento de uma ficha de avaliação de cada sessão de relaxamento, e a posterior discussão dos registos, ajudou neste processo. A redução da expressão teatral dos sintomas somáticos surgiu como consequência directa da realização de sessões de relaxamento após os tratamentos. Se, por um lado, a doente referia a importância de ser mais autónoma e de realizar tarefas prazenteiras, por outro, a dor proporcionava a existência de situações gratificantes.

O relaxamento, ao produzir lacunas na vivência da dor e ao incentivar envolvimento em actividades de prazer, permitiu, por um lado, explorar os aspectos positivos da não concentração na dor e, por outro, trabalhar o significado idiossincrático de incapacidade, de autonomia e de apoio. Registou-se ainda uma maior consciência dos processos de atenção e de interpretação dos sintomas somáticos.

Imagética guiada

A imagética guiada surge frequentemente aliada ao relaxamento, potenciando a sua acção, mas também enquanto acção reestruturante, i.e., a concentração é deslocada para as sensações aversivas, para as situações menos adequadas ou para acções concretas pouco ajustadas, com o objectivo de transformar imaginariamente a sua significação ou o seu contexto espaço-temporal, anulando, evitando ou reduzindo, dessa forma, os aspectos aversivos (Joyce-Moniz e Barros, 2005). Por outras palavras, a combinação de ambos os procedimentos ajuda a induzir, no indivíduo, a experiência de uma nova realidade. No quotidiano, este processo pode ser experienciado mais ou menos espontaneamente, quando estamos muito interessados e nos envolvemos na leitura de um livro ou quando vemos um filme; qualquer destas tarefas proporciona um afastamento da realidade, de tal modo que é possível experimentar como reais os acontecimentos do livro ou do filme e presenciar alterações ao nível cognitivo, emocional, comportamental e fisiológico (Hanson e Gerber, 1990). Neste caso, o relaxamento é utilizado como preparação e aquecimento, para a indução mais completa e eficaz de imagens, tendo em vista o desenvolvimento cognitivo de outros conteúdos e consequências (Joyce-Moniz e Barros, 2005).

A imagética guiada pode, deste modo, ser usada na introdução de imagens contrastantes que concorram com a dor (p.e., imaginar um local apazível para o doente, como uma praia), na transformação do significado e percepção das sensações aversivas, (p.e., imaginar que consegue concentrar o cansaço generalizado em zonas específicas e limitadas do corpo), na introdução de sensações de analgesia (p.e., imaginar que, na região do corpo onde sente dor, recebe uma injeção de um medicamento analgésico, o que alivia significativamente a sensação aversiva), na transformação do contexto em que a dor ocorre (p.e., imaginar que foi ferido numa situação social específica, onde tem de disfarçar a dor sentida), e na construção de situações de confronto específicas (p.e., imaginar que é capaz de falar com a entidade patronal sobre as dores que sente, e explicar-lhe os problemas que tem em cumprir determinada função da forma estipulada) (Turk, Meichenbaum e Genest, 1983). As estratégias de confronto que usam as imagens tendem a ser de maior eficácia quanto maior for o grau de envolvimento e absorção por parte do doente e quanto mais clara e definida for essa imagem mental (Joyce-Moniz e Barros, 2005). Neste sentido, é muito importante ajudar o doente a explorar mentalmente a imagem que lhe foi sugerida, apelando à acção dos cinco sentidos (i.e., gosto, tacto, visão, audição e olfacto); durante a realização do procedimento, as verbalizações do doente às perguntas colocadas permitem ao profissional de saúde conhecer melhor como é que o doente está a elaborar a imagem, e se está a cumprir os objectivos propostos para a actividade.

A introdução deste tipo de metodologia implica o cumprimento de um conjunto de passos importantes. Em primeiro lugar, é essencial perceber em que medida o doente já utiliza a sua imaginação quando quer desconstruir, ou como forma de confrontar a dor, o que, em caso afirmativo, facilita bastante a realização do procedimento. Em segundo, e tendo em conta a particularidade da tarefa, é necessário explicar bem os procedimentos implicados na construção de imagens, começando por desmistificar a técnica (i.e., construir uma imagem é uma forma habi-

tual de pensar e imaginar), e exemplificando concretamente de que forma pode ser útil para o doente, no sentido da gestão da dor. A questão da controlabilidade do doente durante o processo de construção de imagens, e a importância de utilizar e desenvolver a sensação de dor durante o procedimento como forma de testar e afinar o conteúdo das imagens construídas, devem ser igualmente abordadas, dando ênfase à sua autonomia para decidir sobre a interrupção do procedimento em caso de desconforto. Por vezes, os doentes questionam-se se a proposta de utilização desta metodologia quererá dizer que o profissional de saúde pensa que as suas dores são irreais ou imaginárias; outras vezes, ficam preocupados com o facto deste tipo de experiências poder retirar o prazer quando as viverem na realidade. Neste sentido, o cuidador deve insistir na inocuidade da tarefa, sublinhando os aspectos positivos da mesma (McCaffery, 1979, cit. por Joyce-Moniz e Barros, 2005).

Em termos do procedimento propriamente dito, o profissional de saúde conduz, primeiramente, o doente num processo normal de relaxamento e de focalização da atenção, com o objectivo de obter um estado profundo de acalmia e tranquilidade, que permita a gestão de determinadas imagens ou acontecimentos. A segunda fase envolve, precisamente, a apresentação da sugestão terapêutica, sob a forma de ideias ou imagens verbalizadas, cujo conteúdo depende do objectivo a alcançar, que pode dizer respeito à experiência hipnótica imediata (p.e., experienciar analgesia nas regiões de desconforto) ou a mudanças específicas de atitudes de hábitos, mudanças de atitudes e de crenças disfuncionais, pela utilização de estratégias de confronto mais construtivas (Joyce-Moniz e Barros, 2005).

CASO CLÍNICO:

IMAGÉTICA GUIADA

G. é um homem de 49 anos, com um diagnóstico de causalgia do cubital esquerdo, que surge após uma intervenção cirúrgica a um neurinoma nessa zona. A dor é de tipo moinha, passando para uma sensação de formigueiro e, depois, de ardor intenso tipo queimadura, na zona do dedo mindinho e punho, que, por vezes, irradia para o braço (um pouco acima do cotovelo).

Na avaliação psicológica, G. manifestou a sua total incapacidade no controlo da dor, percebendo-se a si próprio como totalmente dependente da mesma; nas verbalizações do doente, a dor assume-se como uma entidade com poder e vontade próprias (p.e., «*A mão não gosta de...*», «*A dor não quer...*»). Por isso, as estratégias de confronto da dor empregues por G. eram escassas e pouco eficazes.

Após um treino de relaxamento *let it go* (Schultz e Luthe, 1969, cit. por Hanson e Gerber, 1990) de cerca de seis sessões, foram introduzidas, gradualmente, no seguimento da indução a um relaxamento profundo, sugestões específicas que apelavam directamente à localização e qualidade das sensações dolorosas: limitar a dor a uma zona específica da mão, sugerindo uma concentração da dor num ponto específico e delineando as fronteiras do espaço de dor; desenvolver uma sensação de analgesia na mão com dor, pedindo ao doente que se imaginasse a colocar uma pomada com propriedades analgésicas que provoca uma sensação refrescante. O processo era sempre acompanhado pela descrição continuada da imagem e das sensações provocadas. Sugestões adicionais eram dadas para estimular a vontade em controlar a dor e se sentir bem, direccionando a atenção do doente para as sensações positivas desta acção. A introdução desta técnica potenciou a auto-confiança do doente na escolha e implementação de uma acção pessoal antiálgica, incrementando as suas capacidades cognitivas e a sua competência para direccionar os seus esforços para o relaxamento e para a redução da dor.

Restruturação cognitiva

Na literatura, é feita também referência à utilização de metodologias de reestruturação cognitiva pela racionalização das crenças e atitudes do doente crónico, com objectivos distintos como a correcção de distorções cognitivas na controlabilidade da doença, dos sintomas e do tratamento, a facilitação da adesão ao tratamento, e a aquisição e ensaio de modos racionais de confronto com os sintomas, acontecimentos ou procedimentos penosos, desagradáveis, ou que produzam ansiedade ou depressão (Joyce-Moniz e Barros, 2005).

Os doentes com dor crónica experimentam muitas vezes alterações importantes na sua auto-estima e auto-imagem, relacionadas não apenas com a perda de funcionalidade decorrente do quadro algíco, mas também com as modificações graduais do seu papel na família e no trabalho. Podem existir sentimentos de estigmatização pela rede social, o que vai reforçar, no doente com dor, a sua própria percepção de incapacidade e inutilidade. O quadro algíco constante mas frequentemente instável e a fadiga geral podem perpetuar esses sentimentos de pouca mestria e incapacidade de confronto (p.e., «*A dor é uma entidade que controla totalmente as minhas acções.*»). Torna-se essencial definir com o doente os aspectos da sua vida de que pensa ter controlo, os que pensa não ter, para confrontar as generalizações excessivas de insegurança, de vulnerabilidade, mas também de culpa e de revolta resultantes dessa perda de controlo (Scott, 1989, cit. por Joyce-Moniz e Barros, 2005).

Por outro lado, se os outros significativos reagem com simpatia e atenção às queixas de dor, se o indivíduo tem compensações e regalias relacionadas com a sua incapacidade para o envolvimento em actividades físicas e outras, então, ele terá razões acrescidas, terá ganhos secundários para manter um padrão comportamental de não-adesão ou de prolongamento da expressão de doente (p.e., «*As minhas queixas de cansaço permitem que as pessoas mantenham a sua atenção em mim.*»), mesmo que, à primeira vista, tais ganhos não sejam reconhecidos enquanto tal. Este reforço social da debilidade física e da referência excessiva a sintomatologias penosas podem desencadear, especificamente, comportamentos de evitamento (p.e., cumprir a medicação estipulada, acomodar-se e evitar actividades que não estão impedidas pelo quadro algíco) e racionalizações de impotência (p.e., dizer aos outros que não pode quase nada, que tentou antes mexer-se mais e que não resultou), os quais é importante confrontar, por disputa racional e/ou por experimentação gradual empírica, e modificar (Sharpe, 1997, cit. por Joyce-Moniz e Barros, 2005).

Quando o nível de activação física é aumentado (através da implementação de estratégias facilitadoras de adesão ao plano estipulado), os doentes podem ficar mais preocupados com o aumento da fadiga e das dores musculares (p.e., «*Estou pior outra vez.*»). Pode acontecer que se perguntem sobre o porquê de realizarem determinadas actividades e de se activarem mais, se essas acções são penosas para si. Embora esse aumento sintomático, no princípio da intervenção, seja normal e esperado, constituindo até um sinal natural de progresso, os doentes podem interpretá-lo como uma recaída (i.e., o sintoma teria uma causalidade orgânica) e tenderão a cessar toda a actividade. Da mesma forma, o não-cumprimento da totalidade das tarefas programadas, contrário às expectativas excessivamente positivas iniciais por parte do doente (p.e., «*Quando não tenho dores, posso fazer tudo o que quiser e quanto quiser.*»), pode gerar auto-imposições perfeccionistas, também elas geradoras de mal-estar e sofrimento do doente (Sharpe, 1997, cit. por Joyce-Moniz e Barros, 2005). Neste sentido, é importante debater e reavaliar não apenas as significações respeitantes à sintomatologia e às intervenções e planos de tratamento, mas igualmente as expectativas do doente relativamente às suas capacidades de realização e à sua mestria.

Em poucas palavras, o que se pretende é alterar as várias dimensões do disfuncionamento cognitivo do doente e familiares, através do teste empírico das suas cognições e pressupostos básicos, acentuando-se, por isso, os processos lógicos e conceptuais e o grau de evidência para as várias cognições (Gonçalves, 1993). Focam-se, assim, as cognições, expectativas, avaliações e, em geral, todas as construções idiossincráticas que acompanham a vivência da doença crónica e respectivas consequências; a intervenção visa prioritariamente a modificação dessas cognições que mantêm reacções desadaptativas de medo, ansiedade e disforia, ou seja, que contribuam para um menor ajustamento ou adaptação à situação de doença e de dor. Aqui, dois pontos principais se destacam, por um lado, ensinar o doente a detectar os pensamentos que constituem os ciclos negativos auto-perpetuados, ajudando-os a perceber que tipo de influências têm nas suas emoções e comportamentos e a reavaliar as suas significações e, por outro, estimular a procura de soluções e estratégias para alterar e confrontar esses pensamentos de forma efectiva (Gonçalves, 1993). Seguem-se algumas sugestões de perguntas que baseiam este tipo de metodologias, que podem ser introduzidas pelo profissional de saúde e, mais tarde, pelo próprio doente (Joyce-Moniz e Barros, 2005, p. 277): a) «*Como são as minhas dores? Será que as conheço bem? A sua frequência e duração? As formas como a dor vai mudando?*»; b) «*Tenho razão em queixar-me assim? Tenho absolutamente de expressar aos outros o meu sofrimento?*»; c) «*Que é que as dores me impedem de fazer? Tenho razão em evitar essas actividades? Será só um pretexto para o que não gosto de fazer?*» e d) «*Posso saber como fazer o que gosto mas sem receio? Será que exagero o meu medo das dores?*»

Embora se pretenda fomentar, no indivíduo, uma atitude global menos dramatizante, mais valorizadora dos aspectos positivos, das potencialidades e recursos, e da doença enquanto desafio, isso não significa propriamente transformar a pessoa num optimista irrealista (Scott, 1989, cit. por Joyce-Moniz e Barros, 2005) nem tão pouco destituir mecanismos supostamente menos válidos (p.e., a negação), quando eles representam, em determinada situação ou etapa da doença, uma estratégia adaptativa de confronto para o doente (Greer, et al., 1979, cit. por Joyce-Moniz e Barros, 2005). P.e., no caso da espondilite anquilosante, a evolução para uma diminuição progressiva da mobilidade e para a transformação da postura física (p.e., posição de esquador) não constituem distorções cognitivas enquanto tal, mas antes um juízo correcto da situação e do problema de saúde por parte da pessoa que os confronta (ainda que essa evolução no sentido de uma maior incapacidade seja passível de reverter parcialmente pelo cumprimento do plano de tratamento definido). Neste sentido, a racionalização é importante, mas requer adaptações em contextos de doenças crónicas, no sentido de considerar os aspectos reais da doença e dos sintomas, das consequências e dos tratamentos (Scott, 1989, cit. por Joyce-Moniz e Barros, 2005).

A autonomização do doente, neste processo de pensar e reflectir sobre os próprios pensamentos (i.e., metacognição), permite um maior sucesso da técnica, para além de o encorajar a, progressivamente sozinho, encontrar formas mais adaptativas e menos causadoras de sofrimento de interpretar a situação, competindo e lutando com os pensamentos actualmente produzidos relativamente à experiência da doença (Hanson e Gerber, 1990). Beneficiar dessa maior autonomia no modo de confronto racional significa também, para o doente, um maior controlo de situações ou acontecimentos causadores de *stress* (Horan e Roccella, 1988, cit. por Joyce-Moniz e Barros, 2005; Oakley e Shapiro, 1989, cit. por Joyce-Moniz e Barros, 2005).

O diálogo interior e as auto-verbalizações racionalizantes podem ter resultados importantes quer no confronto de pensamentos automáticos disfuncionais, quer na realização de acção de confronto face à sintomatologia. Isto mesmo se verificou no que respeita ao controlo das dores no pescoço e nos ombros, com a utilização do treino de gestão racionalizante do *stress* (Bru, et al., 1994, cit. por

Joyce-Moniz e Barros, 2005). O indivíduo aprende a instruir-se a si próprio, através do uso de verbalizações previamente escolhidas e ensaiadas, que o ajudam a lidar com as primeiras impressões sobre a situação e sobre ele próprio nessa situação, a seguir os passos necessários pela ordem definida, a manter-se mais tranquilo e a reforçar-se pelas atitudes de adesão (Hanson e Gerber, 1990).

Neste sentido, a inquirição anteriormente explicitada pode ser seguida de asserções compensatórias (sugeridas mais uma vez pelo profissional de saúde ou pelo próprio doente), mais de proposição do que imposição (Joyce-Moniz e Barros, 2005, p. 278), como são exemplo: a) «*Sei que posso viver com dores, sem andar tenso nem amargurado. Uma doença destas sem dores é que seria anormal. As dores servem para me alertar para a doença e tomar as medidas adequadas.*»; b) «*É melhor parar de me queixar. Quanto menos pensar na dor, menos me deprimos. Não posso pensar no que me pode acontecer de mal, cada vez que sinto alguma coisa. Tenho de deixar de aborrecer ou preocupar os outros com as minhas queixas.*» e c) «*Afinal as dores podiam ser bem piores. Isto da dor não são só espinhos. Posso activar-me menos, ou de forma diferente, mas não vou deixar de fazer o que eu quero.*»

CASO CLÍNICO:

RESTRUTURAÇÃO COGNITIVA

I. é uma mulher de 65 anos, com o diagnóstico de carcinoma da mama esquerda. Após a realização de mastectomia e de radioterapia, surge um quadro algíco intenso na zona do braço e peito do lado esquerdo, tendo recorrido à Unidade Terapêutica de Dor para um apoio mais especializado. O surgimento de novos nódulos no pescoço e o aumento da intensidade e da frequência da dor, depois da realização da biopsia, suscitaram uma série de pensamentos verbalizados numa das sessões do acompanhamento psicológico: «*Logo que me fizeram a biopsia, senti logo as dores no braço. Claro que mexer lá iria afectar: o nosso corpo são linhas que estão ligadas umas às outras. Se se mexe no pescoço, é natural que afecte o braço do mesmo lado.*»; «*Se a biopsia a este carço provocou dor, então é porque ele está relacionado com o cancro da mama. O cancro voltou a aparecer noutra lado.*»; «*Se ainda tenho dores no braço, é porque o cancro ainda não desapareceu.*»; «*A ferida da operação ainda está aberta por dentro. É como quando se mata o porco; se se cozer por fora, por dentro ainda fica tudo aberto.*»

Estes pensamentos foram reforçados com a confirmação de recidiva: «*Já tenho os resultados. Tenho mais uns nódulos e vou ter de fazer quimioterapia. Já sabia que era mau. Quando fiz a biopsia ao pescoço, doeu-me pelo braço e na costura, por isso, só podia querer dizer que era mau.*»; «*No meu caso, seria mais que normal ter cancro e voltar a ter cancro. O médico disse-me que um cancro pode surgir de um esforço físico qualquer, de um aborrecimento. Eu sei que o stress está ligado ao cancro. Todos os dias me aborreço. É um estado de espírito alterado constantemente. Por isso é que eu contraí cancro, pela questão nervosa.*»

Face a estas afirmações, procurou-se que I. perspectivasse os factos de outra forma, usando estratégias específicas como: a) o fornecimento de informação (p.e., o processo de metastização, as diferenças entre tumores benignos e malignos, características e causas possíveis da dor, relação entre o aparecimento e manutenção do cancro e aspectos psicológicos ligados à ansiedade e stress); b) a disputa racional (p.e., «*Será que existem mesmo ligações entre os tumores? Como são estabelecidas essas ligações?*»); c) a procura de alternativas (p.e., «*Que outras situações podem ter causado a dor que sente agora?*») d) a relativização (p.e., «*Será*

que todas as pessoas que têm stress têm cancro? Conhece pessoas calmas e com uma vida tranquila com cancro? Todas as pessoas que alguma vez estiveram fracas, contraíram cancro ou outras infecções?, Porque é que há pessoas que reagem bem e sem doenças a mortes de familiares, perda do emprego, problemas em casa?»); e e) o teste empírico da realidade (i.e., «O que mostra concretamente, o que prova que existem essas ligações de que me fala? O que lhe têm dito os médicos a respeito? Recolheu algum tipo de informação que lhe fale sobre isso?»).

I. mostrou-se sempre muito resistente a ideias e argumentos que pudessem pôr em causa as suas considerações, mesmo quando esses argumentos provinham de dados concretos ou de conhecimentos científicos acreditados. Muitas dessas crenças envolviam um grau elevado de sofrimento (p.e., uma auto-responsabilização excessiva, uma visão demasiado negativa ou uma expectativa infundada de prolongamento do sofrimento físico).

Por serem crenças bastante enraizadas e alvo de suposta confirmação, tornou-se bastante difícil confrontá-las, mesmo tendo por base alguns estudos e utilizando o diálogo socrático, estimulando o raciocínio lógico. Mesmo tratando-se de crenças que produziram um nível significativo de sofrimento (i.e., responsabilização exclusiva dos acontecimentos de vida e da forma ansiosa como reage a eles e perspetivação maioritariamente negativa da sua situação oncológica), a doente manteve durante bastante tempo estas crenças e, neste sentido, a falha num confronto, com sucesso, destas ideias impunha-se como prioritária. Só com o confronto repetido durante as sessões e a atenuação do quadro álgico foi possível observar uma diminuição destes pensamentos negativos.

Resolução de problemas, treino assertivo e *role-play*

Qualquer das três técnicas tem a finalidade principal de aumentar as capacidades de confronto dos indivíduos, no caso específico, relativamente à vivência da doença, dos sintomas e das consequências implicadas (Meichenbaum, 1985). Aprender a lidar com a doença e com a dor requer frequentemente aprender a aceitar as mudanças, o que implica desproblematizar e procurar formas adequadas de pensar e agir sobre essas situações e acontecimentos inicialmente causadores de *stress* (Rocha e Nunes, 1994), pensando que esta realidade atinge doentes mas também outros significativos, designados de pacientes de segunda ordem.

Com o treino de resolução de problemas, pretende-se que o indivíduo perceba o problema como solucionável, ou seja, que seja capaz de, face a uma situação problemática bem definida, propor alternativas, tomar uma decisão e implementar a solução escolhida, de forma a contrariar o desamparo, o desespero e reduzida mestria percebida face a essas dificuldades (Gonçalves, 1993). Remetendo para as situações de dor crónica, a resolução de problemas pode passar por assuntos tão distintos como: a) a discussão sobre a construção do plano de tratamento e a sua adesão (i.e., objectivos de intervenção; custos, riscos e benefícios das acções de confronto propostas; importância de aderir às recomendações dos profissionais de saúde; que expectativas em relação às formas de tratamento propostas pelos profissionais; como se pode potenciar a adesão a esse plano e adequar ao quotidiano do doente); b) a actividade profissional (i.e., quais as capacidades físicas presentes e futuras; que alterações se podem fazer para manter a actividade profissional; que outras alternativas existem em termos de carreiras profissionais; qual a viabilidade de mudar de trabalho; quais os interesses e vocações do doente); c) as tarefas quotidianas (i.e., como se pode alterar a forma normal de fazer as tarefas, ou as estruturas implicadas na realização das mesmas, para que se ajuste melhor às capacidades do doente; como pode

o doente gerir melhor a sua actividade diária) e d) as relações conjugais (p.e., que formas existem para expressar a afectividade; como se pode comunicar os sentimentos ao outro; que acções podem ajudar para que a relação sexual seja facilitada).

O treino de assertividade ajuda o indivíduo a usar e melhorar as suas capacidades comunicacionais, concretizando assim ideias e sentimentos em expressões para o exterior (Bower e Bower, 1991). As competências sociais, nomeadamente as de asserção social, adquirem uma função crítica na adaptação do indivíduo com doença crónica. Frequentemente, e resultante da existência de sintomatologia *ansiogénica* ou *depressiogénica*, ou mesmo das consequências físicas da doença, a comunicação com os outros (i.e., profissionais de saúde, familiares, amigos e outros) encontra-se embotada ou, então, manifesta-se de forma pouco adequada através, p.e., da agressividade, da exigência e do confronto (Hanson e Gerber, 1990).

Essencialmente, pretende-se que a pessoa seja capaz de, por um lado, responder de forma assertiva em situações em que experiencia dor e outros sintomas somáticos desagradáveis (ao mesmo tempo que procura formas alternativas para superar a situação, quando não foi possível contornar a reacção agressiva) e, por outro, expressar os seus sentimentos e necessidades de uma forma adequada, reconhecendo o respeito pelas necessidades e direitos próprios e dos outros. É importante que este treino contemple igualmente a antecipação às reacções dos outros, mais especificamente, ajudar o doente a ser capaz de expressar como prefere que reajam para com ele na sua vivência da doença, dos sintomas e das consequências (Bower e Bower, 1991).

Trabalhar as características comunicacionais é também contribuir para o atenuar do isolamento e desinvestimento no exterior, tão comum em indivíduos com doenças crónicas (Hanson e Gerber, 1990). Os doentes com dor experienciam, frequentemente, dificuldades na interacção familiar e conjugal, relacionadas com a aquisição de novos papéis familiares de ajudar e ser ajudado, com as perspectivas diferentes relativamente à doença e aos sintomas, com o impacto da perda de funcionalidade do doente e com a expressão de ideias e emoções. A partilha e expressão de sentimentos e de objectivos próprios permite o combate às preocupações excessivas e irresolúveis e à inundação de pensamentos negativos, ao mesmo tempo que fomenta ligações mais próximas com outros significativos (Meichenbaum, 1985).

O *role-play* pode ser usado para ensaiar e consolidar as competências aprendidas, respeitantes ao confronto com a dor e com estados depressivos e ansiosos existentes, situações particularmente difíceis de confrontar para o doente (i.e., incluir as limitações físicas nos planos e projectos futuros, organizar o quotidiano em função da programação de actividades diárias de activação e dos tratamentos propostos pelos profissionais de saúde que os acompanham, alteração da forma de realizar as tarefas diárias, evitar ambientes que desencadeiam dor no doente), ou para identificar potenciais áreas problemáticas que possam requerer ainda uma atenção especial. Ao participar na simulação de uma determinada situação e, interagindo ou não com o terapeuta ou outros significativos, o doente vai revelando a forma como resolve a situação e expressa as suas emoções e comportamentos (Hanson e Gerber, 1990).

CASO CLÍNICO:

RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS, TREINO ASSERTIVO E *ROLE-PLAY*

A técnica de resolução de problemas (Gonçalves, 1993) foi sugerida a A. (*vide* caso clínico do capítulo *Programação de actividades e Distracção*) com o objectivo de ser um procedimento que ajudasse a doente a orientar o pensamento aquando das suas tomadas de decisão e imple-

mentação das soluções escolhidas, de uma forma mais geral, em pequenos problemas quotidianos ou dificuldades ou, muito especificamente, em momentos de crise, em que a ansiedade reactiva a um problema mais grave tendia a toldar o raciocínio. A. referia, muitas vezes, a sua incapacidade para decidir em alturas emocionalmente mais complicadas (p.e., nas discussões com os filhos), ou então, sobre pequenas questões do dia-a-dia, que requeriam uma alteração do estado de coisas, reconhecida pela doente, mas nas quais era difícil encetar o processo de tomada de decisão. Por outro lado, a doente percepcionava-se como não capaz de pensar em soluções e implementá-las, o que era reforçador de uma atitude mais passiva (i.e., sabendo de antemão que não se é capaz de fazer, então não vale a pena tentar) ou menos adequada (p.e., reagir com maior agressividade e impulsividade) face à questão problemática. Desta forma, a doente poderia beneficiar de um conjunto de instruções e dicas que a ajudassem a, autonomamente, resolver esses problemas.

Desta forma, esta técnica foi utilizada durante as sessões, sempre que A. tendia a delegar para a psicóloga a tarefa de decidir ou se mostrava incapaz de o fazer autonomamente, mas muito especificamente, em duas situações particulares, na definição de objectivos para o acompanhamento psicológico e numa intervenção em crise (i.e., problemas familiares). Foram apresentadas as várias fases da resolução de problemas (i.e., orientação geral, definição da situação problema, criação de alternativas, tomada de decisão, implementação da decisão e avaliação dessa decisão) aplicadas à situação em particular, demorando mais na definição de cada etapa, de forma a que houvesse uma compreensão total da mesma. Era entregue, no fim de cada discussão, um papel onde se registavam escritas as etapas e as conclusões obtidas. Da utilização destas técnicas, resultaram resultados bastante positivos em termos de esquematização mais ordenada das soluções possíveis, hierarquização das mesmas e forma de implementar a solução escolhida e também numa redução da ansiedade e do sentimento de incapacidade de resolução dos problemas.

O treino assertivo foi realizado durante algumas sessões, através de exercícios escritos e simulação de diálogos, como forma de promover alterações no padrão comunicacional de A. e, indirectamente, nos seus interlocutores (em especial, os filhos), desenvolvendo competências e capacidades que A. considerava bastante reduzidas em si. As formas de ser assertivo, as diferenças entre o estilo passivo, assertivo e manipulador, os direitos de afirmação pessoal e outras questões relacionadas com a postura e com o reforço de comportamentos foram alguns dos pontos discutidos. O *role-play* foi introduzido como forma de consolidar os conhecimentos adquiridos e treinar, na prática, a implementação de algumas estratégias assertivas em várias situações de diálogo; no entanto, este mostrou-se bastante difícil de concretizar, dado a doente ter algumas dificuldades em simular a situação e prosseguir a troca de palavras com alguém que não era realmente o interlocutor em questão. Em vez do *role-play*, procurou-se analisar individualmente as intervenções e respostas possíveis de parte a parte, ajustando as propostas de resposta de A. de forma a ficarem o mais assertivo possível e treinando alguns «antídotos» face a respostas agressivas do interlocutor.

Auto-monitorização

O treino dos doentes na auto-monitorização dos comportamentos relacionados com a saúde é vasto, desde a observação e registo de processos somáticos ou psicológicos (i.e., frequência, intensidade e duração), passando pelo controlo de estímulos que representam condições favoráveis ou desfavoráveis ao doente, até ao controlo dos procedimentos de confronto face a situações aversivas (p.e., programação de actividades diárias, registo do grau de relaxamento antes

e depois da realização do procedimento) (Joyce-Moniz e Barros, 2005). O objectivo último deste tipo de abordagem é a auto-regulação; contudo, muitas vezes, antes de atingirem este ponto, as pessoas precisam de algum tipo de ajuda, de profissionais ou simplesmente de familiares, que é fornecida inicialmente de forma contínua e depois retirada de forma gradual, à medida que o paciente adquire mais controlo sobre os comportamentos de saúde (Brannon e Feist, 2000).

Vários autores (DiMatteo e DiNicola, 1982, cit. por Brannon e Feist, 2000; Barefoot, 1993, cit. por Joyce-Moniz e Barros, 2005) recomendam o uso da auto-monitorização para melhorar a adesão aos tratamentos recomendados (p.e., medicação, programação de actividades diárias), através de tabelas ou calendários especiais. Ao tornar explícitos e objecto de atenção selectiva esses comportamentos, obtêm-se dados empíricos sobre as capacidades efectivas do doente, potenciando a percepção do controlo e eficácia sobre esses processos registados (Joyce-Moniz e Barros, 2005). A adesão ao tratamento é aumentada se o alvo da observação são os comportamentos positivos, se os registos forem fáceis e acessíveis, se o registo é alvo de análise e discussão entre terapeuta e doente e se é reforçado pelo primeiro, se os comportamentos ou situações a observar estão bem definidas e são facilmente registáveis (Dunbar e Agrad, 1980, cit. por Joyce-Moniz e Barros, 2005).

Por outro lado, o próprio registo funciona como sugestão para o doente, quando colocado num local de passagem ou de fácil recordação, na medida em que constitui uma pista para o cumprimento do regime estabelecido. Se a monitorização da adesão for combinada com registos dos sintomas da doença antes e depois da intervenção (p.e., registo do quadro álgico, das capacidades de mobilidade, da fadiga, numa escala de 0 a 10, ou de 0 a 100), então essa monitorização passa a ser importante para a análise ao longo do tempo sobre a importância e a consistência dos comportamentos de adesão na qualidade e intensidade dos sintomas percebidos. Daqui resultam as confirmações empíricas da importância em seguir a terapêutica ou, por outro lado, a necessidade de ajustamentos pertinentes ao quotidiano do doente (Brannon e Feist, 2000). Da mesma forma, o registo paralelo dos pensamentos e emoções experienciados, ou das acções de confronto da dor implementadas durante a realização das actividades estipuladas, e a sua eficácia (France e Robson, 1997) são ajudas importantes para uma análise mais completa do processo.

CASO CLÍNICO:

AUTO-MONITORIZAÇÃO

A auto-monitorização foi utilizada com B. (*vide* caso clínico no capítulo *Estratégias didácticas e de fornecimento de informação*), no seu modo geral ou coadjuvante, mais especificamente, na auto-observação e registo da quantidade de medicação tranquilizante (i.e., Xanax) ingerida durante o dia. Esta técnica foi utilizada como: memorando da quantidade de comprimidos já inseridos no dia; forma de potenciar uma maior consciência dos limites de consumo, através de um registo concreto, relacionando os resultados obtidos com acções próprias da doente e devolvendo-lhe o controlo desse consumo; registo para uma posterior análise e comparação, em contexto psicoterapêutico, dos consumos diários e semanais e a evolução da quantidade ao longo do tempo.

Gradualmente, esta técnica de contagem e registo de frequências evoluiu para uma outra, construída espontaneamente por B., em que a mesma passou a separar, pela manhã, os comprimidos destinados pela médica para aquele dia, colocando-os em cima da caixa. Desta forma, B. mantinha o objectivo principal, i.e., ter consciência, sob um ponto de vista concreto, da quantidade necessária de medicamento, sem possibilidade de se esquecer dos comprimidos já inseridos

e sabendo quantos ainda podia tomar sem exceder o limite. Para além disso, adicionava à acção de tomar mais medicamentos um tempo acrescido que contrariava a espontaneidade da acção, ou seja, a necessidade de ter de abrir a caixa e tirar mais comprimidos permitia-lhe um tempo maior para reflectir sobre a sua acção e eliminá-la.

Programação de contingências de reforço

O planeamento e a aplicação de acções de confronto contingentes aos episódios de dor é, possivelmente, uma das metodologias mais utilizadas no seu tratamento psicológico (Joyce-Moniz e Barros, 2005). Este tipo de intervenções baseiam-se no modelo de condicionamento operante, e procuram, essencialmente, perceber, por um lado, que tipo de reforços do meio físico e social mantêm os comportamentos associados à experiência de dor (p.e., queixas na presença de familiares, que suscitam, nestes, atitudes de apoio e protecção, o que reforça o comportamento do doente), e por outro, extinguir esses mesmos comportamentos disfuncionais, substituindo-os por reforços contingentes aos comportamentos adaptados (p.e., conseguir conversar sem falar sobre a dor).

A *terapia comportamental operante para a dor*, desenvolvida por Fordyce (1976, cit. por France e Robson, 1997) é disso exemplo, e desenvolve-se em três pontos principais:

1. Controlo e extinção progressiva da automedicação.
2. Activação física do doente, através da programação de actividades diárias definida em função do quadro algico e das dificuldades específicas do doente.
3. Colaboração atenta dos familiares, que são encorajados a reforçar o progresso, a actividade, e o envolvimento nas tarefas programadas.

O reforço por parte da família e outros significativos tem sido referido como um dos aspectos mais importantes para a continuidade dos comportamentos de adesão aos tratamentos de doenças crónicas, e para o desenvolvimento de sentimentos de auto-eficácia no que respeita à adopção de comportamentos saudáveis de confronto da doença e dos sintomas aversivos. O apoio e o fornecimento de incentivos por parte de outros, que fomentem as acções pró-tratamento revelam-se essenciais (Rocha e Nunes, 1994). Neste sentido, esta metodologia parte do princípio que é possível recorrer a um conjunto de atitudes e estratégias de reforço que ajudem a sistematizar a atenção positiva, que é dirigida mais aos esforços de confronto positivo do que à dor e ao sofrimento ou às atitudes de auto-comiseração do doente. Os indivíduos que sofrem de dor podem desmoralizar, sentir-se incapacitados e passivos ou atribuir fracassos à vivência da doença, mas podem ser ensinados a acreditar que possuem recursos e capacidades, a assumir responsabilidades no controlo da sintomatologia, a perceber os pequenos sucessos e a serem valorizados ou valorizarem-se por isso. Este tipo de técnicas deverá surgir, por isso, se forem detectados ganhos secundários face a comportamentos de expressão da doença e dos sintomas, ou num sentido de reforço dos comportamentos adequados face à doença e sintomatologia associada (Hanson e Gerber, 1990).

De forma semelhante, a programação de um esquema de tratamento que contemple a introdução gradual de actividades que, ao serem cumpridas pelo doente, definem a concretização de pequenos objectivos interventivos com recompensas sociais contingentes ajuda a modelar, progressivamente, o comportamento desejado e adequado (Brannon e Feist, 2000). Estudos demonstram que os pedidos comedidos e positivos de cumprimento dos tratamentos prescritos suscitam por si só uma maior motivação para a adesão por parte dos doentes. Os objectivos modestos

têm uma elevada probabilidade de sucesso, representando, por si só, reforços graduais para a adesão (Turk, Meichenbaum e Genest, 1983). De uma forma ideal, o que se pretende é que as prescrições e recomendações por parte dos profissionais de saúde sejam rapidamente eficazes, de forma a resolver ou controlar os sintomas aversivos e/ou a progressão da doença; neste sentido, o maior incentivo para aderir é a expectativa de se ficar melhor logo após a concretização dessa acção. Não obstante, isso não é, muitas vezes, congruente com a experiência dos doentes com dor. Neste sentido, fornecer incentivos mais imediatos para a adesão, reforçando os procedimentos de forma persistente e esmiuçada, podem fazer a ponte entre a adesão ideal e os benefícios de aderir a longo prazo (Hanson e Gerber, 1990).

Não obstante, o reforço de contingências, no seu modo de *reforço verbal*, pode englobar não apenas o reforço exterior por parte de pessoas significativas para o doente, mas também a programação ou introdução estruturada de auto-verbalizações positivas (i.e., auto-elogios e incentivos pessoais ao confronto da dor), ou da imaginação de consequências favoráveis contingentes à percepção do controlo da dor (Joyce-Moniz e Barros, 2005). Com efeito, o reforço verbal de tipo *auto-instrução* tem sido utilizado na sistematização da antecipação e do confronto de episódios de dor, para o incentivo ao recurso de estratégias de gestão da dor (como o relaxamento, a distração ou a disputa racional), e também na introdução de elogios pessoais contingentes a esses esforços desenvolvidos pelo próprio (Joyce-Moniz e Barros, 2005). Turk, Meichenbaum e Genest (1983) sugerem quatro passos importantes:

1. *Preparação para a dor* (antes que fique intensa e/ou descontrolada): a preocupação e o medo da dor são usados como sinais desencadeadores, no indivíduo, do ensaio de estratégias de confronto adequadas e oportunas na gestão da dor; neste caso, o reconhecimento dos sinais precursores das crises (p.e., ambientes ou situações potenciadoras de um agravamento da dor) podem ajudar nesta tarefa. Exemplos de verbalizações reforçadoras (Joyce-Moniz e Barros, 2005): «*Que devo fazer? Posso pensar num plano para lidar com a dor. Devo concentrar-me no que posso fazer. Não posso preocupar-me, porque isso não me ajuda.*».
2. *Confronto com a dor intensa*: o surgimento da dor torna-se uma pista para relaxar e para colocar em prática as estratégias escolhidas. O plano a seguir no caso do agravamento da dor (p.e., recorrer às urgências, tomar determinados medicamentos, imobilização da zona com dor, utilização de estratégias de distração e relaxamento), foi discutido previamente entre o doente, familiares e a equipa multidisciplinar, nas suas várias dimensões e especialidades associadas ao controlo eficaz da dor. Exemplos de verbalizações relaxantes e reforçadoras (Joyce-Moniz e Barros, 2005): «*Posso lidar com isto. Uma coisa de cada vez. Posso relaxar, respirar fundo, ou fazer outra coisa. Posso não pensar na dor e concentrar-me no que devo fazer.*».
3. *Os momentos críticos*: a monitorização dos resultados obtidos ajuda a definir a manutenção da estratégia escolhida, ou a utilização de outras metodologias mais adequadas à situação/dor. O objectivo é manter a percepção de controlo sobre a dor, confrontando pensamentos e sentimentos derrotistas e negativos. Exemplos de verbalizações reforçadoras e estruturantes (Joyce-Moniz e Barros, 2005): «*Quando sinto a dor, faço uma pausa para me concentrar no que devo fazer. Não tento eliminar a dor na totalidade, mas só torná-la suportável. Sei que as sensações aumentam e que posso manter as coisas sob controlo.*».
4. *Após a dor ter sido controlada ou atenuada*: é realizada uma avaliação dos resultados obtidos com o plano definido para o confronto da dor, que conduz, em termos de auto-verbalizações, à valorização da persistência, coragem e empenho do doente. Um registo escrito da experi-

ência de confronto ajuda o doente e os profissionais de saúde a ajustarem posteriormente o plano de acção, sendo igualmente útil enquanto reforço positivo em ocasiões seguintes, onde é necessário confrontar episódios de dor. Exemplos de verbalizações reforçadoras (Joyce-Moniz e Barros, 2005): «*Estou a portar-me bem. Não é tão difícil como pensava. Cada vez faço melhor. Não deixo que os pensamentos negativos interfiram com o meu plano. Sabia que podia lidar com a situação. Vou contar o meu sucesso ao meu cuidador*».

O reforço enquanto *contrato comportamental* tem sido utilizado sobretudo para facilitar a adesão aos tratamentos e às alterações do estilo de vida dos doentes (Joyce-Moniz e Barros, 2005), como a implementação de exercícios diários e realização de algumas actividades físicas benéficas (Gall, 1994, cit. por Joyce-Moniz e Barros, 2005), embora nestas últimas as atitudes positivas tendam a manter-se apenas durante o contrato e não garantindo uma aquisição a longo termo (Cummings, et al., 1981; Meichenbaum e Turk, 1978, cit. por Joyce-Moniz e Barros, 2005). Negociar um contrato deste tipo implica um comprometimento formal de cumprimento dessas actividades por parte do doente, estando prevista a recepção recíproca e contingencial de certas recompensas ou reforços. A forma como esse contrato é realizada, por acordo verbal ou escrito, tem sido motivo de discussão entre os autores, uns salientando os benefícios em ser escrito (Kanfer e Gaelick, 1986, cit. por Joyce-Moniz e Barros, 2005) e outros na suficiência de um compromisso verbal (Kulik e Carlino, 1994, cit. por Brannon e Feist, 2000). Não obstante, parece existir consenso quanto à importância de negociar de uma forma flexível, pertinente e respeitosa, baseada exclusivamente no doente (Meichenbaum and Turk, 1987; Worthington, 1986, cit. por Hanson e Gerber, 1990).

CASO CLÍNICO:

PROGRAMAÇÃO DE CONTINGÊNCIAS DE REFORÇO

Em B. (*vide* caso clínico dos capítulos *Estratégias didácticas e de fornecimento de informação e Auto-monitorização*), a programação de contingências de reforço foi realizada de três formas distintas:

1. Como forma de modificar os comportamentos, i.e., reforçando verbalmente a doente na contingência das suas verbalizações e atitudes, de uma forma positiva, quando adequadas, ou recorrendo ao confronto, quando desadequadas.
2. Na forma de contrato comportamental, muito especificamente, no caso do consumo excessivo de Xanax.
3. Como forma de transformar o meio, alterando as condições exteriores de forma a facilitar o processo de adesão ao tratamento.

A modificação dos comportamentos através do reforço foi realizada ao longo de toda a intervenção. Qualquer evolução em termos de confronto com as situações-problema, de adopção de comportamentos adequados (espontânea ou trabalhada em sessão) ou de alteração na forma polarizada de interpretar os factos eram bastante valorizados verbalmente, mesmo as alterações mais pequenas, facto tão claro para a doente que acabava por sorrir e comentar esse reforço (p.e., «*Parece como fazemos aos meninos pequenos, a todas as graças, a todas as atitudes bem feitas, fazemos uma festa.*»). Progressivamente, foi sendo fomentado o auto-reforço, inicialmente muito difícil, pela própria desvalorização excessiva, primeiro, com tarefas específicas que, por serem prazerosas, podiam constituir um reforço positivo e, depois, com auto-verbalizações seguidas ao comportamento adequado, só referidas ao fim de muitas sessões.

O contrato comportamental foi uma das metodologias utilizadas no controlo do consumo excessivo de Xanax, em conjugação com o controlo de condições exteriores, neste caso, da acessibilidade para adquirir o medicamento. B., logo no início do acompanhamento, havia decidido espontaneamente reduzir esta medicação, procurando o uso de outras estratégias para confrontar a ansiedade e a dor antes de recorrer a mais comprimidos como complemento do número inicial indicado pelo médico; no entanto, este controlo, por si só, não foi eficaz, pois B. tendia a aumentar este valor bastante frequentemente. Por outro lado, a doente continuava a ter alguma facilidade em adquirir, de uma forma indiscriminada, o medicamento, alternando a forma como o conseguia para que ninguém desconfiasse do seu consumo (ora na farmácia, convencendo o farmacêutico a vender o medicamento sem receita, ora através do médico de família, ora através da Consulta de Dor), e isso seria, certamente, um facilitador do consumo.

Nessa altura, foi realizada uma reunião com a equipa médica e de enfermagem no sentido de perceber que tipo de controlo, por parte da Unidade Terapêutica de Dor, poderia ser feito ao nível da quantidade de medicamentos receitados. A equipa tinha conhecimento de que B. tinha alguns problemas ao nível familiar e que aumentava a medicação, mas não dessa forma, pelo que decidiu interceder nesse sentido, dado as consequências negativas do seu consumo excessivo, passando a controlar melhor o número de caixas receitadas por mês (i.e., *acção transformadora das condições do meio*).

Paralelamente, e depois de B. ter conversado com a médica e esta lhe ter recomendado a redução da medicação para dois comprimidos por dia, o assunto foi discutido em sessão; decidiu-se pela realização de um contrato comportamental escrito em que a doente, reconhecendo o benefício da redução do medicamento, se comprometesse a não aumentar uma determinada quantidade de comprimidos por dia, mesmo em situações críticas de grande ansiedade, disforia ou dor, geralmente potenciadoras de um maior consumo.

Ao estabelecer claramente os parâmetros do contrato e as respectivas consequências do seu cumprimento ou não, ficou definido que a doente iria comprometer-se a tomar não mais do que quatro comprimidos por dia (i.e., graduação inicial do consumo, optando por um valor intermédio entre o actual e o indicado pela equipa médica, até que a doente se sentisse mais confiante para, então, seguir as indicações médicas). Sempre que se sentisse numa altura particularmente crítica, a doente iria parar para pensar (usando, p.e., a técnica de paragem de pensamento) antes de recorrer imediatamente ao medicamento, pesando as vantagens e desvantagens daquela acção e tentando implementar uma outra qualquer solução mais benéfica (p.e., discussão do problema com o interlocutor, tarefas relaxantes e/ou distractoras); para analisar a situação-problema, B. poderia recorrer à técnica de resolução de problemas, anteriormente discutida em consulta. Entretanto, para lembrar mais facilmente da existência do contrato, B. sugeriu a colocação de um determinado sinal visível no exterior da caixa se, depois de tentar tudo, acabasse por pegar nela, designando-o de «*a última oportunidade*». A escolha do sinal recaiu num *post-it* dizendo «*Lembrar o contrato sobre o Xanax*».

As consequências dos comportamentos de consumo foram estabelecidas em conjunto, tendo em conta determinadas situações, comportamentos ou actividades suficientemente importantes para constituírem um reforço positivo ou uma punição de peso (i.e., pela qual valesse a pena lutar ou evitar) para o cumprimento ou não do contrato, respectivamente. A vinda às consultas de Psicologia foi sempre algo muito valorizado por B., pelo que o tempo de terapia foi gerido tendo em conta os dois pólos, da seguinte forma: cada dia de aumento da medicação representaria menos 15 minutos na sessão dessa semana (i.e., punição); e o cumprimento do termo contratual, i.e., não existir qualquer aumento da medicação nessa semana representaria um

acrescer, à sessão, de mais 15 minutos (i.e., reforço positivo). Ficou também estabelecido que, mesmo que se registassem mais do que quatro aumentos diários durante a semana (i.e., uma redução em 60 minutos na consulta), a cliente teria de se dirigir, da mesma forma, ao Serviço de Psicologia.

Foi elaborada uma cópia do contrato por escrito e assinado, com um prazo de validade até à consulta seguinte, de forma a que doente e psicóloga pudessem ter acesso a toda a informação e cláusulas. A definição deste contrato suscitou, de imediato, conclusões importantes por parte de B., das quais se destacam dois aspectos principais:

1. A percepção de que o castigo, sendo mais severo que a recompensa e mais fácil de obter, exigia da doente uma grande perseverança ao longo dos dias, dado o seu efeito cumulativo.
2. Sentir a necessidade de jogar com o número de comprimidos e com as consequências definidas previamente, num processo de adiamento da gratificação e de relativização da gravidade dos acontecimentos causadores de *stress*.

B. reconheceu alguns benefícios, principalmente por agir directamente como incentivo para uma maior persistência consigo mesma na gestão da medicação e para o recurso a outras estratégias já suas conhecidas, trabalhadas em sessão.

Bibliografia

- Allcock N, Elkan R, Williams J. Patients referred to a pain management clinic: beliefs, expectations and priorities. *Journal of Advanced Nursing*. 2007;60(3):248-56.
- Arathuzik D. Effects of cognitive-behavioral strategies on pain in cancer patients. *Cancer Nursing*. 1994;17(3):207-14.
- Araújo-Soares V, McIntyre T. É possível viver apesar da dor!... Avaliação da eficácia de um programa de intervenção psicológica multimodal de pacientes com dor crónica. *Psicologia, Saúde e Doenças*. 2000;1(1):101-12.
- Barber J, Adrian C. Psychological approaches to the management of pain. Nova Iorque: Brunner/Mazel Publishers; 1982.
- Barlow D. Anxiety and its disorders: the nature and treatment of anxiety and panic. Nova Iorque: Guilford Press; 1988.
- Beck A, Rush A, Shaw B, Emery G. Cognitive therapy of depression. Nova Iorque: Guilford Press; 1979.
- Beck A, Guth D, Steer R, Ball R. Screening for major depression disorders in medical inpatients with the Beck Depression Inventory for Primary Care. *Behavioral Response Therapy*. 1997;35(8):785-91.
- Bernstein D, Borkovec T. Progressive relaxation training: a manual for helping professions. Illinois: Research Press; 1973.
- Bjelland I, Dahl A, Haug T, Neckelmann D. The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale: an updated literature review. *Journal of Psychosomatic Response*. 2002;52(2):69-77.
- Borrell-Carrió F, Suchman A, Epstein R. The biopsychosocial model 25 years later: principles, practice and scientific inquiry. *Annals of Family Medicine*. 2004;2(5):576-81.
- Bortz W. The disuse syndrome. *Western Journal of Medicine*. 1984;141:691-4.
- Bower G, Bower S. Asserting yourself: a practical guide for positive change. Califórnia: Perseus Books; 1991.
- Brannon L, Feist J. Health psychology: an introduction to behavior and health. 4.^a ed. EUA: Brooks/Cole; 2000.
- Coniam S, Diamond A. Controlo da dor. Lisboa: Climepsi Editores; 2001.
- Derogatis L, Melisaratos N. The brief symptom inventory: an introductory report. *Psychological Medicine*. 1983;13(3):595-605.
- Ferrell BR, Taylor E, Grant M, Fowler M, Corbisiero R. Pain management at home: Struggle comfort and mission. *Cancer Nursing*. 1993;16(3):169-78.
- Flor H, Birbaumer N. Comparison of the efficacy of electromyographic biofeedback, cognitive-behavioral therapy, and conservative medical interventions in the treatment of chronic musculoskeletal pain. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1993;61(4):653-8.
- France R, Robson M. Cognitive-behavioural therapy in primary care: a practical guide. Londres: Jessica Kingsley Publishers; 1997.
- Gall V, Arnett F, Slonaker D. Ankylosing Spondylitis. Em: Mervin J, Ferrell K, eds. Rheumatologic rehabilitation series: adult rheumatic diseases. Vol. 2. Bethesda: AOTA; 2000. p. 279-97.
- Gonçalves O. Terapias cognitivas: teoria e prática. Porto: Edições Afrontamento; 1993.
- Hanson R, Gerber K. Coping with chronic pain: a guide to patient self-management. Londres: The Guilford Press; 1990.
- Holroyd K, Andrasik F, Westbrook T. Cognitive control of tension headache. *Cognitive therapy and Research*. 1997;1(2):121-33.
- Holzman AD, Turk DC, Kerns RD. The cognitive-behavioral approach to the management of chronic pain. Em: Holzman AD, Turk DC, eds. Pain management: A handbook of psychological treatment approaches. Nova Iorque: Pergamon Press; 1986. p. 31-50.
- IASP. International Association for the Study of Pain. Disponível em: www.iasp-pain.org.
- Jensen M, Karoly P, Harris P. Assessing the affective component of chronic pain: development of the Pain Discomfort Scale. *Journal of Psychosomatic Response*. 1991;35(2-3):149-54.
- Jensen M, Turner J, Romano J. Changes in beliefs, catastrophizing, and coping are associated with improvement in multidisciplinary pain treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2001;69(4):655-62.
- Joyce-Moniz L, Barros L. Psicologia da doença para cuidados de saúde: desenvolvimento e intervenção. Lisboa: Edições Asa; 2005.
- Leventhal H, Evergard D. Emotion, pain, and physical illness. Em: Izard CE, ed. Emotions in personality and psychopathology. Nova Iorque: Plenum Press; 263-99.
- McCracken L, MacKichan F, Eccleston C. Contextual cognitive-behavioral therapy for severely disabled chronic pain sufferers: Effectiveness and clinically significant change. *European Journal of Pain*. 2007;11:314-22.
- McCracken L, Zayfert C, Gross R. The Pain Anxiety Symptoms Scale: development and validation of a scale to measure fear of pain. *Pain*. 1992;50(1):67-73.
- Meichenbaum D, Turk D. Facilitating treatment adherence: A practitioner's guidebook. Nova Iorque: Plenum; 1987.
- Meichenbaum D. Stress inoculation training. Oxford: Pergamon Press; 1985.
- Meichenbaum D. Stress inoculation training for coping with stressors. *The Clinical Psychologist*. 1996;49:4-7.

- Meyer T, Mark M. Effects of psychosocial interventions with adult cancer patients: a meta-analysis of randomized experiments. *Health Psychology*. 1995;14(2):99-100.
- Ogden J. *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi; 1999.
- Queiroz M. *Reumatologia Clínica*. Lisboa: Lidel; 1998.
- Rocha F, Nunes J. A manutenção do emprego pela prevenção secundária: a espondilite anquilosante como paradigma. *Integrar*. 1994;3:5-11.
- Rocha F. *Guia de alerta e defesa do espondilítico*. Lisboa: Cadernos de Espondilite, ANEA; 1999.
- Skinner J, Erskine A, Pearce S, Rubenstein I, Taylor M, Foster C. The evaluation of a cognitive behavioural treatment programme in outpatients with chronic pain. *Journal of Psychosom Research*. 1990;34(1):13-9.
- Stam H, McGrath P, Brooke R. The effects of a cognitive-behavioral treatment program on temporomandibular pain and dysfunction syndrome. *Psychosomatic Medicine*. 1984;46(6):534-45.
- Turk D, Meichenbaum D. *A cognitive-behavioural approach to pain management: Textbook of pain*. Edinburgo: Churchill Livingstone; 1994.
- Turk D, Meichenbaum D, Genest M. *Pain and behavioural medicine: A cognitive-behavioral perspective*. Nova Iorque: Guilford Press; 1983.
- Wollheim F. Ankylosing Spondylitis. Em: Kelley W, Harris E, Ruddy S, Sledge C, eds. *Textbook of Rheumatology*. 4.^a ed. Vol. 1. Cap. 56. Londres: W. B. Saunders Company; 1993. p. 943-56.