

DORES CRÔNICAS

COMO MELHORAR A ADESÃO
AO TRATAMENTO



Adrianna Loduca

DORES CRÔNICAS

COMO MELHORAR A ADEÇÃO
AO TRATAMENTO

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Samuelian, Adrianna Loduca Ribeiro
Dores crônicas : como melhorar a adesão ao
tratamento / Adrianna Loduca Ribeiro Samuelian ;
revisão Jorge Makssoudian ; ilustrações
e diagramação Mariana Eller Caetano. -- 2. ed. --
São Paulo : Ed. do Autor, 2015.

Bibliografia.
ISBN 978-85-919919-07

1. Dor crônica - Obras de divulgação 2. Dor
crônica - Tratamento 3. Medicina e psicologia
Relações profissional - Paciente I. Makssoudian,
Jorge. II. Caetano, Mariana Eller. III. Título.

15-08476

CDD-616.8914

Índices para catálogo sistemático:

1. Dores crônicas : Diagnóstico e tratamento :
Psicoterapia : Ciências médicas 616.8914

DORES CRÔNICAS

COMO MELHORAR A ADESÃO
AO TRATAMENTO

Autora:

Adrianna Loduca

Colaboradores:

Alessandra Spedo Focosi
Barbara Maria Müller
Claudio Samuelian

Revisão:

Jorge Makssoudian

Ilustrações e diagramação:

Mariana Eller Caetano

contato.tapsi@gmail.com

2ª Edição

São Paulo • 2016
Adrianna Loduca Ribeiro Samuelian

PREFÁCIO

A adesão é um problema multifatorial determinado por vários fatores relacionados aos doentes ou aos ambientes e momentos, como recursos financeiros, atitudes frente à dor, crenças, motivações, condições socioeconômicas, polifarmácia, percepções e expectativas dos doentes e de seus cuidadores, etc.

A dor crônica requer tratamento medicamentoso, execução de procedimentos de medicina física, de reabilitação, neuroanestésicos ou neurocirúrgicos funcionais e suporte de profissionais especializados em saúde mental permanentemente. A magnitude da dor, o uso abusivo ou diversificado de medicamentos e os custos e as complicações podem ser minimizados quando à adesão é satisfatória.

Nesta obra, elaborada por profissionais destacados na assistência destinada àqueles que atendem doentes com afecções álgicas complexas, ressalta-se a importância do tema, contemplam-se as preocupações mais relevantes para com esta questão essencial para a adequada assistência com segurança e norteiam-se as mais relevantes trajetórias visando a minimizar a sua ocorrência e a corrigir as distorções a ela relacionadas.

Manoel Jacobsen Teixeira

Professor titular da Disciplina de Neurocirurgia do Departamento de Neurologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

CARTA DO PRESIDENTE DA SBED • GESTÃO 2015

A educação continuada sempre foi e sempre será a maneira mais efetiva de transformar a conduta, as opções e o caminho do ser humano. Quanto mais se aprende, maior a possibilidade de gerar e gerir novas ideias, e criar maneiras de lidar com as adversidades da vida e do mundo contemporâneo.

Neste contexto, a dor crônica acomete a população mundial em prevalência alta e impactante. Tratar a dor exige conhecimento não somente médico, mas multidisciplinar, no intuito de promover bem-estar e reabilitar o sujeito que sofre. Desse modo, a Psicologia tem papel fundamental em auxiliar o paciente a recontar suas histórias e enfrentar os seus limites e lidar com o conjunto de significados e significantes relacionados ao tratamento. Aderir ao tratamento continuado significa melhorar a qualidade de vida.

Esse grupo de Psicologia estabeleceu um novo paradigma ao criar uma cartilha de educação para o profissional estimular o seu paciente a fazer a adesão ao que foi estabelecido pelo grande outro, o médico.

Oxalá este projeto gere muitos frutos e abra a possibilidade de novos trabalhos para que vingue a resiliência.

Durval Campos Kraychete

*Presidente da SBED • Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor •
Gestão 2015*

CARTA DA DR^a LIN TCHIA YENG

O tratamento para dores crônicas requer abordagem multiprofissional e interdisciplinar, ou seja, demanda esforços de profissionais de diversas áreas da saúde atuando em conjunto para garantir assistência de qualidade. Nossa equipe vem trabalhando dentro dessa perspectiva há vinte e oito anos, ensinando e capacitando profissionais de diferentes áreas que, por sua vez, tem realizado estudos e prestado assistência de ponta contribuindo para efetividade do tratamento de inúmeros doentes em várias regiões do país.

Este livro representa uma parcela da experiência adquirida nestes anos de trabalho em conjunto. Conhecimento sistematizado a partir de muito estudo, pesquisa e de nossa prática clínica, enriquecido por inúmeras discussões interdisciplinares e que reflete, muita dedicação de todos os profissionais da nossa equipe, aqui representados pelo trabalho das psicólogas que integram o nosso grupo.

A adesão é um tema a ser trabalhado continuamente nos consultórios, pois sofre influência de inúmeros e diversos fatores. Nesta obra o leitor encontrará dicas e ferramentas muito eficientes para ampliar a adesão dos pacientes aos tratamentos propostos, contemplando conceitos que auxiliam os profissionais desde a avaliação à traçar estratégias de intervenção para cada perfil de paciente.

Lin Tchia Yeng

Médica fisiatra, Coordenadora do Grupo de Dor do Instituto de Ortopedia e Traumatologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e membro do Centro Interdisciplinar de Dor da Universidade de São Paulo.

APRESENTAÇÃO

Este texto é fruto do trabalho de 25 anos de prática na área da dor atuando com profissionais de diferentes formações (médicos, fisioterapeutas, psicólogos, profissionais de educação física, nutricionistas, enfermeiros, terapeutas ocupacionais e dentistas, entre outros). Ao longo deste percurso foram identificados os maiores desafios para os profissionais em sua prática clínica e desenvolvidas estratégias para lidar com situações na área da dor.

Reunimos nesta cartilha algumas dessas noções e estratégias para melhorar a compreensão e a comunicação entre os profissionais de saúde e os pacientes que sofrem com dores crônicas com o propósito de ampliar a adesão aos tratamentos propostos nas clínicas de dor.

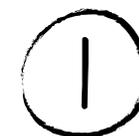
BOA LEITURA!

Adrianna Loduca & equipe

TAPSI – Treinamento e Assistência Psicológica

SUMÁRIO

- ① **Introdução** • página 13
- ② **Compreendendo mais sobre a importância da adesão** • página 21
- ③ **Expectativas do paciente em relação ao tratamento** • página 27
- ④ **Padrões de convívio com as dores crônicas** • página 37
- ⑤ **Como manter o paciente motivado** • página 53
- ⑥ **Considerações finais** • página 55
-  **Agradecimentos** • página 58
-  **Referências bibliográficas** • página 60



INTRODUÇÃO

Esta cartilha foi elaborada para ajudar os profissionais da área de saúde a identificarem quais são os obstáculos que podem atrapalhar uma pessoa que sofre com dores crônicas a seguir o tratamento recomendado. Durante muitos anos, a **baixa adesão** foi atribuída a problemas de ordem pessoal do paciente e à sua dificuldade de lidar com os possíveis efeitos colaterais dos medicamentos, portanto, os estudos na área restringiam-se a discutir estas dificuldades. Tínhamos a certeza de que se o paciente não estivesse melhorando, após ter sido adequadamente avaliado e definidas as melhores condutas para suas condições, ele estava fazendo alguma coisa errada¹.

NOTOU-SE QUE A FALTA DE CONFIANÇA NO TRATAMENTO TAMBÉM INTERFERIA DE MODO NEGATIVO NA SUA POSSIBILIDADE DE SUCESSO

Com o passar dos anos foi ficando mais evidente que se, por um lado, seguir as recomendações para um tratamento favoreciam a recuperação, nem sempre tomar as medicações ou fazer os exercícios conforme solicitado garantiam a efetividade do processo². Afinal o que

poderia estar acontecendo? A adesão ao tratamento não seria apenas uma questão de cumprir as orientações dadas? Notou-se que a **falta de confiança no tratamento** a ser seguido

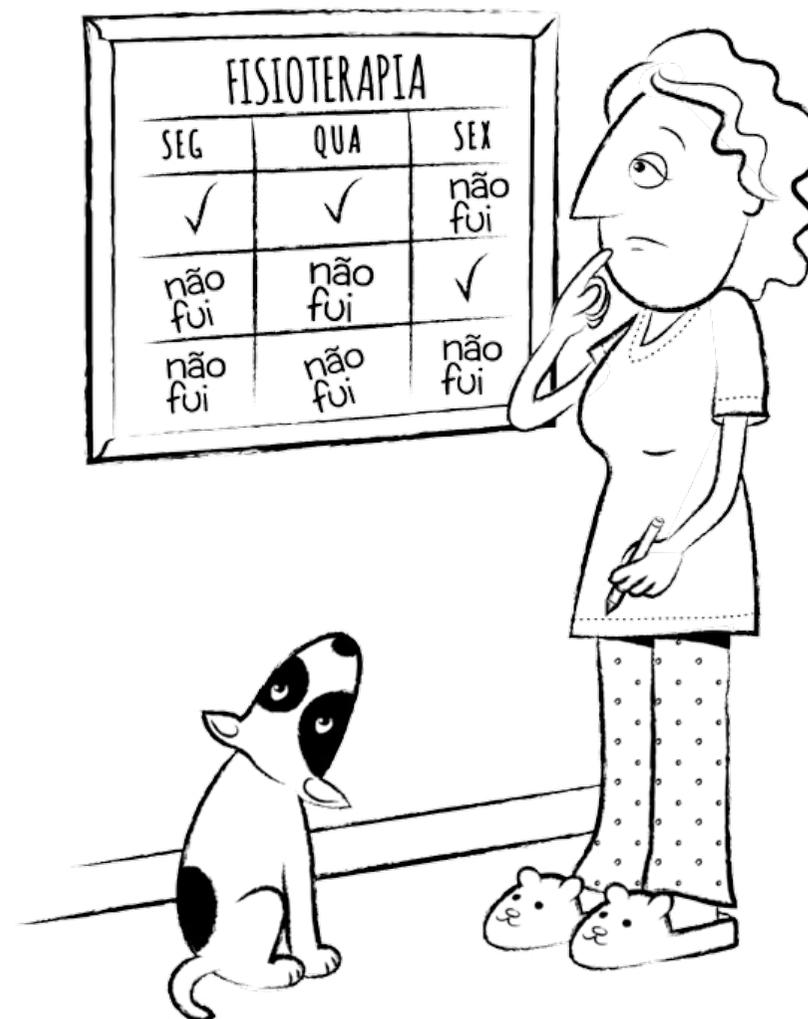


Figura 1. Baixa adesão ao tratamento

também interferia de modo negativo na sua possibilidade de sucesso³.

Se um paciente não acreditar que, de fato, o tratamento poderá minimizar ou retirar por completo sua dor e sofrimento a ela associado, ele seguirá as recomendações com pouco empenho³.

Sabe-se hoje a importância e a **influência dos fatores cognitivos** (crenças e pensamentos) e dos **fatores afetivos** (sentimentos e emoções) na percepção que uma pessoa constrói sobre sua dor⁴.

Imagine que você tem uma dor lombar de VAS 8 e que vai fazer uma infiltração, mas não acredita que isto irá ajudá-lo. Mais ainda, você já tomou tantas injeções e não percebeu mudanças significativas na intensidade de sua dor e, em alguns momentos, a dor chegou a piorar após alguns procedimentos. Com certeza estas experiências serão recordadas durante a intervenção e influenciarão de modo negativo a sua capacidade de recuperação. Percebe-se que os tratamentos anteriores interferiram de modo iatrogênico no tratamento atual. Logo, se o repertório de experiências anteriores for repleto de recordações desagradáveis isto também poderá ser prejudicial para a evolução do tratamento.

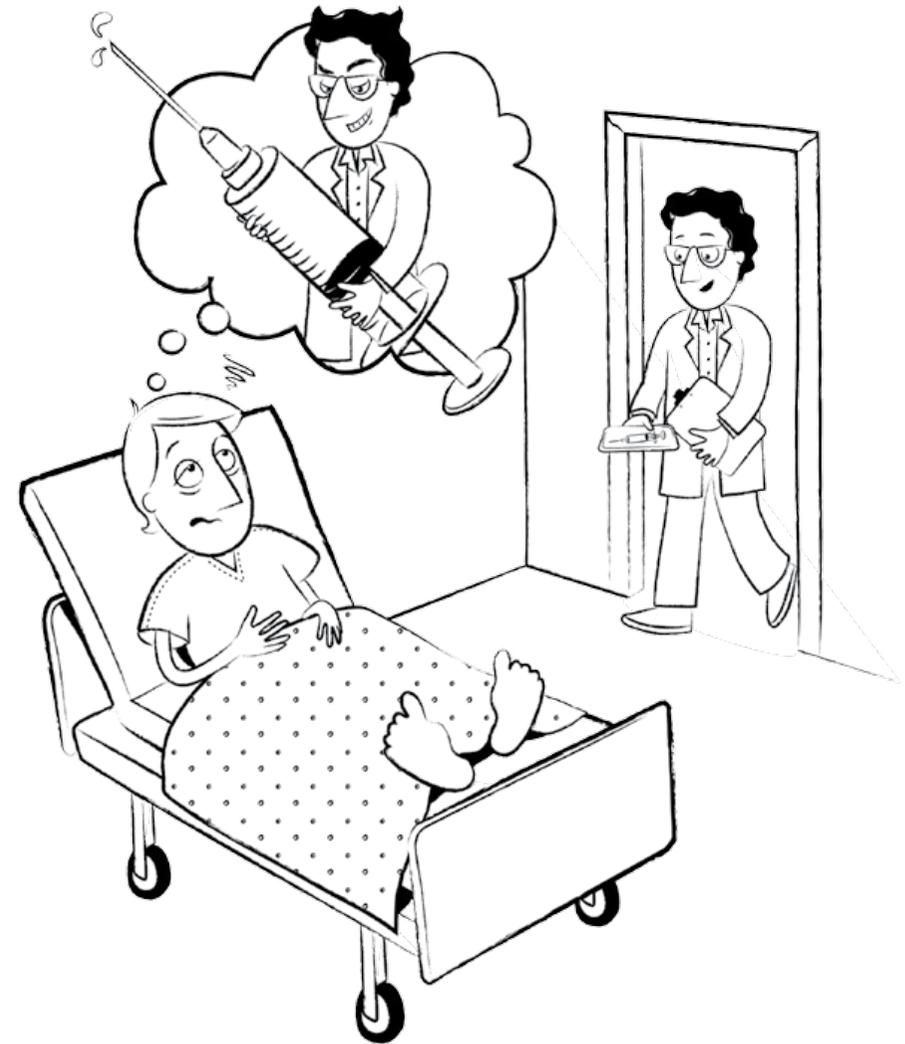


Figura 2. Experiências anteriores iatrogênicas

Tratar de pessoas com doenças crônicas tem sido um desafio para os profissionais da área da saúde, pois o tratamento não implica apenas na efetividade dos remédios, dos exercícios propostos e na resposta de cada paciente. Requer o desafio de **lidar com a capacidade de resiliência de quem adoeceu** e também da **qualidade do relacionamento** e da comunicação que se estabeleceu entre o paciente e os profissionais que o assistiram.

Nós, profissionais, nos vemos, muitas vezes, diante da necessidade de lidar com pacientes pouco ativos que não prezam pelo autocuidado e nem respeitam os próprios limites. Ou ainda lidar com pacientes que se mostram desconfiados, questionando os profissionais de saúde sobre as condutas

ou prescrições. E não podemos nos esquecer ainda daqueles que se mostram instáveis emocionalmente, com tantos problemas psicológicos que nos deixam atordoados ao atendê-los e com dúvida se o maior problema deles é mesmo a dor.

A RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE É O PRIMEIRO "MEDICAMENTO" QUE SE ADMINISTRA AOS PACIENTES • BALINT, 1984

As dores crônicas costumam exigir um tratamento mais prolongado e, por vezes, o trabalho multidisciplinar se apre-



Figura 3. Importância da relação médico-paciente

senta como o mais adequado para determinadas situações que temos que lidar com muitas variáveis, e, dentre elas, está a qualidade da relação profissional-paciente⁵. Balint, em 1984, já dizia que a **relação médico-paciente** era o primeiro “medicamento” que se administrava aos pacientes.

Nas páginas a seguir discutiremos elementos que podem contribuir para a melhora da qualidade da relação e da comunicação entre os profissionais de saúde e os pacientes.

2

COMPREENDENDO MAIS SOBRE A IMPORTÂNCIA DA ADESÃO

Na literatura, a adesão é compreendida como a atitude e o comportamento de **seguir corretamente orientações** em relação a medicações, mudanças no estilo de vida, ou como **recomendações sobre medidas preventivas**⁶. Estima-se que 25% a 50% dos pacientes, independentemente da doença, do tratamento e do prognóstico, não aderem ao regime terapêutico^{7;8}. Nesta perspectiva, temos que

ESTIMA-SE QUE 25% A 50% DOS PACIENTES NÃO ADEREM AO REGIME TERAPÊUTICO

estar atentos às variáveis que interferem no grau de adesão do paciente.

Vários estudos têm evidenciado que **quanto maior for o número de medicamentos**

ou de tratamentos, menor será a adesão^{9;10;11;12}, o que se constitui em um desafio maior no tratamento de dores crônicas uma vez que dificilmente se prescreverá apenas um remédio ou uma recomendação.

A **Figura 4** ilustra que refletir sobre a adesão ao tratamento demanda levar em consideração nosso sistema de saúde, nosso contexto socioeconômico e cultural e as interações entre o tratamento proposto, as habilidades dos profissionais para tratar as dores crônicas e o repertório do paciente (experiências anteriores e estratégias de enfrentamento).



Figura 4. Representa os fatores que interferem no grau de adesão ao tratamento.

Dentro desta perspectiva, nós resumimos na **Tabela 1** pontos importantes que podem favorecer a aliança terapêutica e, conseqüentemente, contribuir para maior adesão dos pacientes^{13;14;15;16}.

Tratamento pontos relevantes	Necessidades do paciente	Conduta do profissional de saúde
Conhecimento	Precisa sentir segurança no profissional.	Necessita ser assertivo/ preciso no diagnóstico/ encaminhamentos.
Comunicação	Ser compreendido.	Ser claro e identificar a demanda.
Narrativa	Falar sobre o seu sofrimento.	Validar o sofrimento do paciente.
Experiências anteriores	Reconhecer estressores.	Identificar reações emocionais/enfrentamento.
Adesão	Confiar e se mostrar motivado com o tratamento.	Identificar o grau de adesão (baixo, médio ou forte) e estimular o paciente a se tornar mais ativo.

Tabela 1. Fatores que podem contribuir para a aliança terapêutica.

Percebe-se na tabela que o paciente e o profissional de saúde têm focos diferentes sobre os mesmos temas e, se o profissional estiver atento a isto, poderá **estabelecer um vínculo de confiança sólido com o paciente**, contribuindo para a aliança terapêutica.



Figura 5. Força de vontade / motivação

Em linhas gerais, para favorecer que o paciente lide de modo ativo com suas dores e sofrimento a ela associados, é necessário que ele:

- **Confie na habilidade** do profissional ou da equipe que o assistirá;
- Identifique que pode contar com uma **rede de apoio**;
- Tenha um **diagnóstico definido** e aceite o seu problema;
- Aprenda a manejar os **efeitos colaterais** dos medicamentos;
- Aceite as **restrições momentâneas** impostas pelo tratamento;
- Compreenda o **esquema terapêutico**, muitas vezes, complexo;
- Comprometa-se com as **condutas terapêuticas** indicadas;
- **Reconheça estressores** no seu cotidiano que podem vir a interferir na manutenção ou intensidade da dor;
- **Fortaleça o autocuidado** e realize adaptações e mudanças necessárias no seu ritmo de vida.

3

EXPECTATIVAS DO PACIENTE EM RELAÇÃO AO TRATAMENTO

Um dos primeiros aspectos que devemos ter maior conhecimento são as **expectativas do paciente** em relação ao tratamento. Ao ser abordado sobre o tema, dependendo de sua resposta, identificaremos sua disponibilidade para seguir as prescrições e condutas terapêuticas indicadas. Para ajudar a identificar a flexibilidade que os pacientes têm para realizar mudanças descreveremos momentos diferentes, denominados na literatura de **estágios de prontidão**

para mudança^{17;18;19} e adaptados, pela nossa equipe, para nossa população⁵.

Dependendo do estágio que o paciente estiver o profissional poderá

utilizar diferentes estratégias de intervenção que poderão auxiliá-lo no comprometimento do paciente com o tratamento.

A PARTIR DAS EXPECTATIVAS DO PACIENTE, IDENTIFICAREMOS SUA DISPONIBILIDADE PARA SEGUIR AS PRESCRIÇÕES E CONDUTAS TERAPÊUTICAS



ESTÁGIO DE PRÉ-CONTEMPLAÇÃO

O paciente acredita que a sua dor só poderá ser resolvida com o uso de medicamentos, pela realização de procedimentos invasivos ou pela vontade de Deus. Este último acredita que Deus, por intermédio dos médicos poderá curá-lo, mas pouco se esforça para favorecer isto. Sabemos que a fé pode ajudar um paciente a confiar no tratamento, mas também pode atrapalhar quando ele acredita que o sofrimento que está passando tem algum propósito no campo espiritual e que deve aceitar esta provação com resignação.



DICA. É preciso estimular o paciente a perceber que situações do dia a dia também podem contribuir para o aumento de sua intensidade de dor. Portanto, ele precisa saber mais sobre o seu problema e que existem alternativas que desconhece e que podem ajudá-lo no manejo da dor.



ESTÁGIO DE CONTEMPLAÇÃO

Reconhece a importância do tratamento e da possibilidade de um trabalho multidisciplinar, percebe que precisa aprender estratégias para o enfrentamento e o manejo da dor e pondera a possibilidade de mudanças comportamentais, mas não sabe o que precisa fazer ou o que deve mudar no seu dia a dia.

PERCEBO QUE QUANDO ESTOU NERVOSA MINHA DOR AUMENTA, MAS TAMBÉM NÃO SEI COMO POSSO CONTROLAR ISTO. ESTA DOR É INSUPORTÁVEL!



DICA • É um ótimo momento para dar mais informações sobre a dor e suas repercussões e mostrar para o paciente como ele também pode contribuir para a sua melhora mostrando-se mais disponível para seguir orientações dos profissionais da área de saúde.



ESTÁGIO DE PREPARAÇÃO

O paciente está mais atento a fatores no seu dia a dia que podem atrapalhar a evolução de seu tratamento. Escuta mais as explicações e procura seguir as orientações dadas pelos profissionais. Está disponível para realizar mudanças no seu estilo de vida, se necessário, e solicita novos aprendizados.

ANTES EU ME FORÇAVA MAIS A MANTER O RITMO DAS MINHAS ATIVIDADES E AGORA ESTOU RESPEITANDO MAIS MEUS LIMITES E PERCEBI QUE NÃO TIVE MAIS CRISES DE DOR!



DICA • Mostrar para o paciente que o fato de ele estar mais atento a fatores no dia a dia, que podem funcionar como elementos estressores e intensificar suas dores, permite que ele evite esforços desnecessários, mas é importante que ele também encontre suas próprias soluções, além de seguir as dicas dos profissionais.

IV

ESTÁGIO DE AÇÃO

Procura fazer mudanças no seu dia a dia e as adapta de acordo com as suas necessidades. Está engajado no aprendizado de estratégias de enfrentamento e ele próprio passa a criar alternativas e a propor soluções para lidar com suas dores.

ESTOU DESCOBRINDO NOVAS FORMAS DE ALIVIAR A MINHA TENSÃO ENCONTRANDO TEMPO PARA FAZER COISAS QUE ME AGRADAM NO DIA A DIA.



DICA • Estimular o paciente a seguir lidando de modo ativo com sua dor, pois isto o faz retomar a autonomia sobre o seu próprio bem-estar. Quando o paciente relata suas conquistas, é importante dar ênfase para as suas eficiências, orientá-lo a ampliar suas opções e ajudá-lo a identificar suas vulnerabilidades.

V

ESTÁGIO DE MANUTENÇÃO

O paciente assume novo estilo de vida e sente-se capaz de ter autocontrole sob o seu quadro algico.

REESTRUTUREI MINHA VIDA E NÃO ME SINTO MAIS PRISIONEIRO DA DOR E DE TRATAMENTOS. APRENDI A ME CUIDAR MELHOR!



DICA • Ajudar o paciente a identificar se ainda existem situações de difícil manejo e estimulá-lo a seguir determinado com seu projeto de vida, reforçando sua atitude ativa na retomada do controle sobre sua saúde.

VI

RECAÍDA

Qualquer paciente, em algum momento, pode ter uma recaída. O importante é que ele não desanime, procure identificar o que pode ter contribuído para isto e encontre outras formas para lidar com o problema sem perder a crença de que pode superar mais um obstáculo e mantenha suas conquistas no controle da dor.

Outro ponto a ser ressaltado é que, na prática, encontramos também pacientes totalmente resistentes às orientações e prescrições dos profissionais de saúde, o que nos fez acrescentar um momento aos estágios de prontidão para a mudança.

EU ESTAVA TÃO BEM E TIVE ESTA CRISE DE DOR! ESTOU COM MEDO DA DOR VOLTAR A CONTROLAR A MINHA VIDA!!

DICA • Incentivar o paciente a reconhecer seus pontos de vulnerabilidade e estimulá-lo a buscar novas alternativas.



VII

DESCRÉDITO

O paciente acredita que nada e nem ninguém poderá ajudá-lo a manter a dor sob controle. Normalmente já passou por muitas experiências que foram iatrogênicas.

EU SEI QUE NADA VAI ADIANTAR PARA DIMINUIR ESTA DOR. VOU TER QUE CONVIVER COM ESTA TORTURA E ME PERGUNTO ATÉ QUANDO VOU AGUENTAR!



DICA • É preciso ter paciência pois este paciente é resistente e pouco motivado para seguir qualquer proposta de tratamento. Sugerir, a princípio, poucas condutas, mas que evidenciem para o paciente alguma mudança na intensidade de suas dores pois isto poderá ajudá-lo a perceber que desta vez este novo tratamento poderá trazer boas perspectivas. Aos poucos, com o paciente menos descrente, deve-se inserir a proposta de tratamento mais adequada para o seu problema.

4

PADRÕES DE CONVÍVIO
COM AS DORES CRÔNICAS

O **convívio prolongado com a dor** faz com que o paciente acabe desenvolvendo padrões²⁰ diferentes para lidar com ela, o que dificulta que ele discrimine a sua própria identidade da experiência dolorosa. Conhecer como o paciente convive com suas dores favorece ao profissional **pensar em condutas efetivas** levando em consideração as necessidades atuais do paciente, e ajuda na identificação de quando ele precisa de mais orientação ou de alguma outra intervenção que o auxilie a ficar mais ativo e comprometido com o próprio tratamento²¹.

I – PADRÃO CAÓTICO



Figura 6. Representação gráfica do padrão caótico.



Figura 7. O Retrato da Dor²² foi realizado por uma jovem de 20 anos com diagnóstico de fibromialgia e mostra como a dor a dominou por completo.

- O paciente fala pouco de si e muito sobre seu quadro álgico. Ele vive como se sua **identidade estivesse totalmente subjugada pela dor**;
- Demonstra desespero, tem **medo de não eliminar a dor** e se mostra submisso às condutas médicas (enfrentamento passivo);
- Sua **consciência corporal restringe-se a região que dói**; prevalece a postura de solicitude (pedido de ajuda).
- O cotidiano deste paciente é restrito, voltado para os tratamentos. Há **ausência de atividades que desviem a atenção** da dor;
- Delega ao médico o poder de restabelecer a sua saúde, referendando suas explicações, como se **ele próprio fosse incapaz de se ajudar**; valoriza a prescrição de medicações e de procedimentos cirúrgicos como as melhores alternativas de tratamento;
- Apresenta **pensamentos negativos** que tem por foco o sofrimento álgico. Costuma comparar o desconforto álgico com outras situações de intenso sofrimento ou considera que nada equivale ao sofrimento atual;

- Projeto de vida, interesses e motivações são **suprimidos pela busca de cura da dor**;
- Ação voltada para seguir tratamentos, sendo que a credibilidade existe **enquanto acredita-se na cura a curto prazo**.

CONDUTA

Padrão Caótico • *Dar credibilidade a queixa do paciente; auxiliá-lo a compreender que o tratamento poderá ser prolongado e irá requerer comprometimento mais ativo; informar sobre a ação e os possíveis efeitos colaterais dos remédios e da necessidade de tratamentos coadjuvantes (fisioterapia, terapia ocupacional, psicologia e outros); o profissional deve ajudar o paciente a se diferenciar do quadro álgico e auxiliá-lo no resgate de sua identidade.*

2 – PADRÃO DEPENDÊNCIA

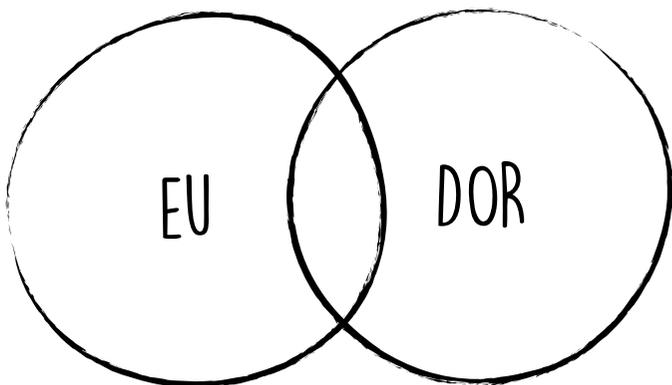


Figura 8. Representação gráfica do padrão dependência.

- Identifica a própria identidade, mas a vê **ameaçada pelo quadro algico**. A dor funciona como obstáculo para realização de atividades de vida diária ou como ganho secundário de atenção ou apoio financeiro;
- Sua consciência corporal **abrange a região que dói e outras partes do corpo** que ficam tensas quando tem dor;
- No cotidiano **retoma interesses e atividades enquanto a dor permite**. Os planos/ projeto de vida não se realizam em função da dor;

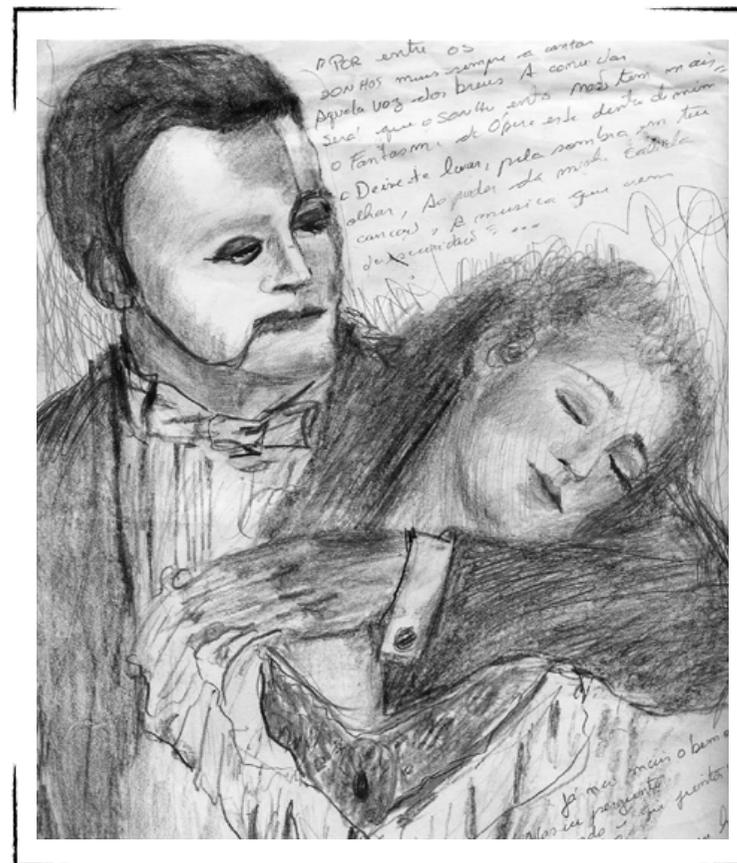


Figura 9. Retrato da dor²² desenhado por uma mulher de 42 anos com dor lombar, ela comparou seu convívio com a dor com a relação ambígua (fascínio e medo) entre uma jovem bailarina e o fantasma da ópera.

- **Depressão e ansiedade se alternam** em função do impacto da dor na sua vida e essa oscilação ou instabilidade de humor interfere nos relacionamentos e trazem pensamentos pessimistas;
- O paciente demonstra estar **engajado no tratamento enquanto percebe progressiva melhora** do quadro de dor. Quando a dor piora ou estaciona vem o desânimo e o descrédito em relação ao tratamento seguido, diminuindo a confiança na equipe;
- É comum que o indivíduo **se sinta vítima**, incompreendido pelos demais.

CONDUTA

Padrão Dependência • É importante incentivar o paciente a retomar seus interesses e assumir novas atividades no cotidiano. Os exercícios e as técnicas de relaxamento devem ser propostos para melhorar a força muscular, diminuir contraturas e aumentar a consciência corporal. Deve-se auxiliar o paciente a romper com o papel de vítima ajudando-o a fortalecer seus recursos de enfrentamento e não permitindo que a dor continue sendo o eixo central de sua vida.

3 – PADRÃO REPULSA

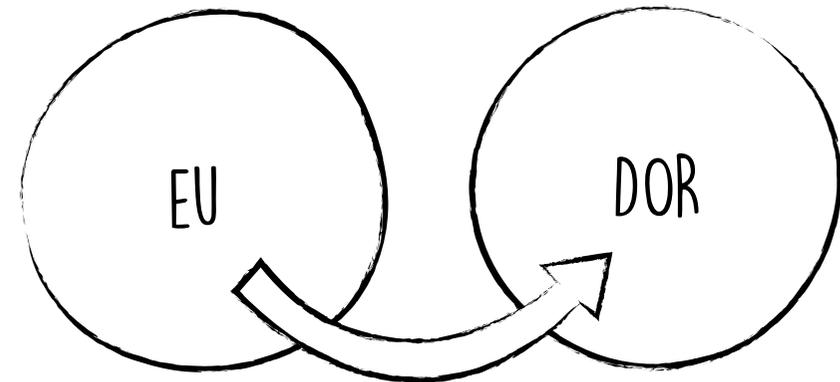


Figura 10. Representação gráfica do padrão repulsa.

- A identidade está preservada, mas ameaçada pela **repulsa à condição de sofrimento**. O paciente empenha-se na luta contra a dor sem manejo adequado, movido pela raiva ignora suas condições atuais e pode prejudicar a evolução do tratamento;
- Ele nega o desconforto e tem **dificuldade de reconhecer os próprios limites físicos**, prioriza a ação em detrimento do cuidado corporal (corpo na espreita de um ataque, em geral tenso). O autocuidado aparece apenas se for oportuno para combater a dor;

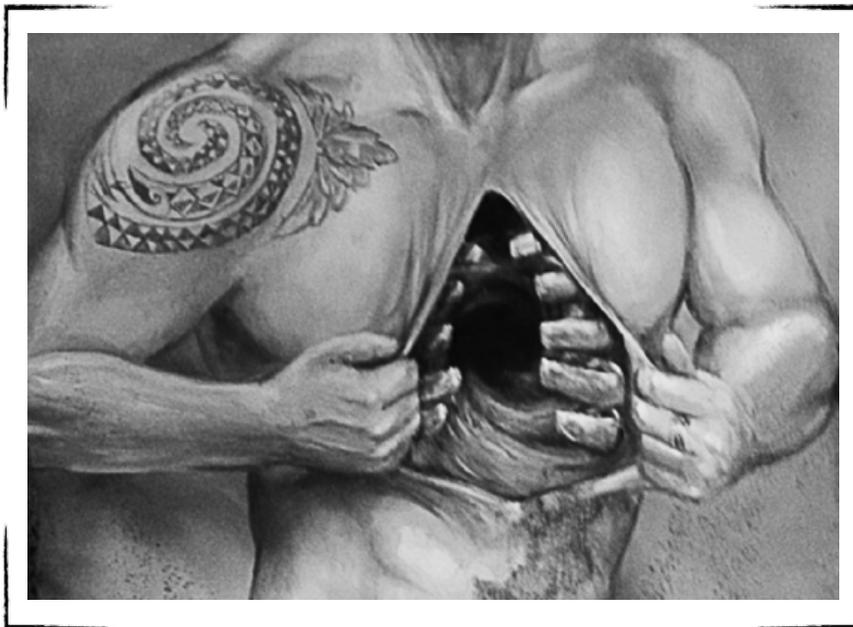


Figura 11. Retrato da Dor²² desenhado por um homem, 40 anos, Síndrome Dolorosa Miofascial, pintou este quadro referindo que gostaria de arrancar a dor de dentro de seu corpo.

- Retomada (ou tentativa) de atividades cotidianas de forma maníaca, desprezando as restrições físicas atuais. **Resgatar o ritmo anterior do dia a dia** torna-se um desafio e sinal de vitória em relação à dor;
- Expressa **raiva/hostilidade**; desconfiança e rebeldia nas relações; acredita na negligência ou falta de solidariedade de familiares, amigos e/ou equipe;
- Pensamentos voltados para **medir forças com a dor**. Presença de ideias onipotentes e de rivalidade com a dor ou em relação a aqueles que o cercam;
- O projeto de vida do paciente está vinculado a **vencer a dor a qualquer custo**: há confronto direto com a dor para eliminar o sofrimento ou a negação da sua existência;
- Ele costuma **questionar o tratamento ou a competência da equipe** quando não considera satisfatórios os resultados que vem obtendo. Pode hostilizar a equipe, negligenciar ou desistir das condutas prescritas. É comum apresentar baixa tolerância aos efeitos colaterais das medicações expressando irritação em relação a isto;
- Mostra-se mais **crítico e ativo** em relação ao seu problema embora não esteja escolhendo as melhores estratégias para lidar com o quadro algico;

- Quando consegue lidar com o sentimento de frustração por não estar obtendo a cura, e compreende a necessidade de reabilitação, é capaz de elaborar a raiva e **se engajar novamente no tratamento**, sentindo-se mais responsável no controle da dor.

CONDUTA

Padrão Repulsa • *Ajudar o paciente a lidar com raiva/hostilidade diante de suas condições atuais e com a frustração pelo impacto da dor no seu ritmo e estilo de vida e auxiliá-lo a compreender a importância do processo de reabilitação.*

4 – PADRÃO INTEGRAÇÃO

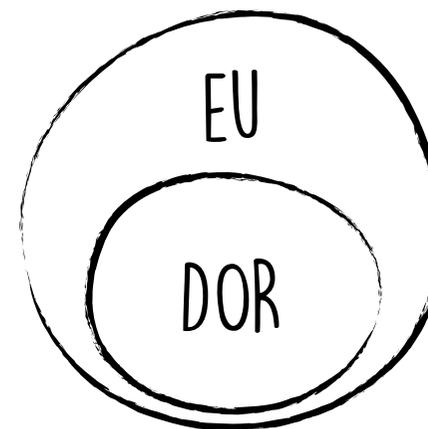


Figura 12. Representação gráfica do padrão integração.

- **A identidade não é ameaçada pela dor**, esta é reconhecida como uma sensação desagradável dentro do corpo e que não é capaz de interferir na integridade psíquica do indivíduo;
- Há o **fortalecimento da consciência corporal** e presença espontânea de autocuidado;
- A dor deixa de ser a intermediária na relação do indivíduo consigo e com os outros. Ele reassume papéis anteriores que estavam suspensos ou incorpora novos papéis que favorecem a qualidade de vida, **deixando de lado o papel de doente** (vítima ou rebelde);



Figura 13. Retrato da Dor²² de uma mulher com dor lombar, 52 anos, pintou este quadro, indicando que não estava 100% curada da dor, mas sentia seu corpo mais leve andando pela vida de forma saudável.

- Os pensamentos **não têm a dor como foco**. As ideias e crenças do indivíduo refletem interesses e motivações genéricas associadas à sua história de vida;
- Há mudança de hábitos e **construção de novo estilo de vida**. O paciente integra e adapta a dor ao seu cotidiano e se utiliza de estratégias de enfrentamento de acordo com a sua necessidade;
- O paciente se sente responsável pelo seu bem-estar e apresenta **participação ativa** no tratamento.

CONDUTA

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

5

COMO AJUDAR O PACIENTE
A MANTER-SE MOTIVADO

Entendemos como motivação o processo responsável pela intensidade, direção e persistência dos esforços de uma pessoa para o alcance de uma determinada meta^{23;24;25}.

Neste sentido, quando queremos ajudar nosso paciente a se sentir motivado para realizar as mudanças e adaptações necessárias no seu dia a dia, devemos nos lembrar que a motivação para mudança deve surgir do paciente e não pode

ser uma imposição. Ele precisa reconhecê-la como necessidade²⁶. Então como podemos auxiliá-lo neste processo?

Consideramos que o caminho para isto é o de **identificar o estágio de mudança** em que o

paciente se encontra, assim como o seu padrão de convívio com a dor, pois nos fornece elementos que podem contribuir para a escolha de condutas que respondem melhor às necessidades dele.

É necessário que o paciente **rompa com o papel de sofredor** e tente descobrir que benefícios ele pode adquirir dessa nova experiência para melhorar sua qualidade de vida.

A MOTIVAÇÃO PARA MUDANÇA DEVE SURTIR DO PACIENTE E NÃO PODE SER UMA IMPOSIÇÃO

6

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quando falamos sobre a adesão aos tratamentos propostos devemos nos lembrar de que **não existe um “modelo ideal”** que possa ser seguido por todos e para todos, mas que existem sim estratégias que podem e devem ser adotadas, mediante as circunstâncias, os indivíduos e suas características individuais e, também, as características e o preparo dos profissionais de saúde.

ALGUNS LEMBRETES:

- Uma boa estratégia para fazer o paciente aderir ao tratamento é **conscientizá-lo dos malefícios do adoecimento**, dos riscos inerentes ao tratamento, suas peculiaridades e seus benefícios, fazendo, assim, com que o indivíduo se torne elemento ativo no processo de reabilitação. Deve-se utilizar uma **linguagem clara** que procure atender às necessidades e dúvidas do paciente, tendo em conta sua capacidade cognitiva e crenças, o que pode favorecer a aliança terapêutica.
- Deve-se ajudar o paciente a analisar a situação e a **organizar estratégias próprias** para lidar com a dor/tratamento e estimular mudanças no seu estilo de vida. **Incentivá-lo a definir objetivos pessoais**, e a investir na melhora da qualidade de seus relacionamentos, revela-se forte fonte de motivação para que ele se mostre comprometido com o tratamento.



AGRADECIMENTOS

Agradecemos à diretoria da SBED, gestão 2015, que acreditou neste projeto e permitiu que ele fosse viabilizado.

Esta cartilha não teria sido confeccionada se não tivéssemos tido a oportunidade de partilhar com os pacientes que sofrem com dores crônicas de suas frustrações, sofrimento e receios e, por outro lado, não pudéssemos ter escutado dos profissionais de saúde suas maiores dificuldades e angústias, diante dos pacientes mais complicados para lidar em sua prática diária na área da dor.

Não podemos deixar de citar o apoio que temos recebido da equipe do Centro de Dor do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em especial do Dr. Manoel Jacobsen Teixeira e a Dra. Lin Tchia Yeng que têm permitido que, ao longo dos últimos 15 anos, nossa equipe de psicólogos colaboradores e de estudantes de psicologia desenvolvesse estudos e prestassem assistência no grupo de Dor do Instituto de Ortopedia e Traumatologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Agradecemos ao nosso grupo de profissionais e de estudantes de Psicologia, que participam ou já participaram da nossa equipe, pois este texto é fruto de um trabalho em conjunto, e em especial à Roberta Amaral, à Andrea Souza e ao Eduardo Lopes, que têm colaborado ativamente nos atendimentos psicológicos realizados no ambulatório de Dor do Instituto de Ortopedia e Traumatologia.

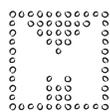


REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ferreira, A. B. H. (1996). **Dicionário Aurélio Eletrônico**. Editora Nova Fronteira.
2. Tourette-Turgis, C., Rebillon, M., & Troussier, T. (2002). **Mettre en place une consultation d'observance aux traitements contre le VIH-sida: de la théorie à la pratique**. Comment dire.
3. Vase, L., Skyt, I., Petersen, G. L., & Price, D. D. (2015). **Placebo and Nocebo Effects in Chronic Pain Patients**. Zeitschrift für Psychologie.
4. Kam-Hansen, S., Jakubowski, M., Kelley, J. M., Kirsch, I., Hoaglin, D. C., Kaptchuk, T. J., & Burstein, R. (2014). **Altered placebo and drug labeling changes the outcome of episodic migraine attacks**. Science translational medicine, 6(218), 218ra5-218ra5.
5. Loduca, A., & Samuelian, C. (2009). **Avaliação Psicológica: Do convívio com dores crônicas à adesão ao tratamento na clínica de dor**. In: Alves Neto, O., Costa, C. M. C., Siqueira, J. T., & Teixeira, M. J. (2009). Dor: princípios e prática. Porto Alegre: Artmed, 382-397.
6. Straub, R. O. (2005). **Psicologia da saúde**. Artmed.
7. Vermeire, E., Hearnshaw, H., Van Royen, P., & Denekens, J. (2001). **Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review**. Journal of clinical pharmacy and therapeutics, 26(5), 331-342.
8. DiMatteo, M. R. (2004). **Variations in patients' adherence to medical recommendations: a quantitative review of 50 years of research**. Medical care, 42(3), 200-209.
9. Leite, S. N., & Vasconcellos, M. D. P. C. (2003). **Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura**. Centro, 88302(202), 775-782.
10. Almeida, H. O. D., Versiani, E. R., Dias, A. D. R., Novaes, M. R. C. G., & Trindade, E. M. V. (2007). **Adesão a tratamentos entre idosos**. Comun. ciênc. saúde, 18(1), 57-67.
11. **Aderência à terapêutica. O Papel do Especialista em Medicina Geral e Familiar**. Entrevista a Dr. António Ferreira Santos (2008). Revista Factores de Risco. N.º 11 (Outubro/Dezembro 2008). Pp. 8-10.
12. Dias, A. M., Cunha, M., Santos, A. M. M. D., Neves, A. P. G., Pinto, A. F. C., Silva, A. S. A., & Castro, S. A. (2011). **Adesão ao regime terapêutico na doença crônica: revisão da literatura**.
13. Ogden, Jane (2004). **Psicologia da Saúde**. (2ª ed.). Lisboa: CLIMEPSI.

- ¹⁴. Giorgi, D. M. A. (2006). **Estratégias para melhorar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo**. Rev Bras Hipertens, 13(1), 47-50.
- ¹⁵. Oliveira, Ernani Coimbra de et al. (2007). **Verificação e Análise do Conhecimento e Adesão à Terapêutica Medicamentosa Prescrita Durante a Alta Hospitalar**. Revista Científica da FAMINAS. 3(1). Muriaé.
- ¹⁶. Loduca, A. (2007). **O tratamento da dor na minha biografia: um estudo sobre a compreensão psicológica da adesão ao tratamento na clínica de dor**. Tese de doutorado. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 220p.
- ¹⁷. Prochaska, J. O. & DiClemente, C. C. (1982). **Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change**. Psychotherapy: Theory, Research & Practice, 19(3), 276
- ¹⁸. Kerns, R. D., & Rosenberg, R. (2000). **Predicting responses to self-management treatments for chronic pain: application of the pain stages of change model**. Pain, 84(1), 49-55.
- ¹⁹. Gatchel, R. J.(2004). **Motivation Issues**. In: Clinical Essential of Pain Management, New York: Springer Science, p. 175-196.
- ²⁰. Loduca, A.(1998). **Eu e minha dor: convivendo com um processo crônico**. Dissertação de mestrado. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 125p.

- ²¹. Loduca, A. (2014). **A Adesão ao Tratamento Interdisciplinar na Dor Crônica**. In: A Psicologia da Dor, Portnoi, A (org.). São Paulo, p.103-128.
- ²². Loduca, A., Müller, B. M., Amaral, R., Souza, A. C. M. D. S., Focosi, A. S., Samuelian, C., ... & Batista, M. (2014). **Chronic pain portrait: pain perception through the eyes of sufferers**. Revista Dor, 15(1), 30-35.
- ²³. Magill, R.A. (1984). **Aprendizagem Motora: conceitos e aplicações**. São Paulo: Edgard Blücher.
- ²⁴. Atkinson, R. L. et al. (2002). **Introdução á psicologia de Hilgard**. 13. Ed. Porto Alegre: Artmed.
- ²⁵. Samulski, D. (2002). **Psicologia do Esporte**. Barueri: Manole.
- ²⁶. Miller, W.R., & Rollnick, S. (1991). **Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior**. New York: Guilford Press. ●



mariana eller
design gráfico & ilustração
www.marianaeller.com

2ª EDIÇÃO • 2016

DORES CRÔNICAS

COMO MELHORAR A ADESÃO
AO TRATAMENTO

Adrianna Loduca

Agência Brasileira do ISBN

ISBN 978-85-919919-0-7



9 788591 991907