



CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA - UniCEUB

FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - FACS

CURSO: PSICOLOGIA

A RELAÇÃO ENTRE DOR CRÔNICA E DEPRESSÃO: CAUSA OU CONSEQÜÊNCIA?

CYNTHIA RAMOS SILVA

**BRASÍLIA – DF
JUNHO/2006**

CYNTHIA RAMOS SILVA

A RELAÇÃO ENTRE DOR CRÔNICA E DEPRESSÃO: CAUSA OU CONSEQÜÊNCIA?

Monografia apresentada como requisito
para conclusão do curso de Psicologia
do UniCEUB – Centro Universitário de
Brasília.

Professora Orientadora:
Dra. Carlene Maria Dias Tenório

Brasília- DF, Junho de 2006

AGRADECIMENTOS

Agradeço...

... a Deus, essa força cósmica que cria e sustenta todas as formas de vida.

... aos meus amados pais, que, com amor, carinho e sabedoria, abriram-me as primeiras e outras tantas, janelas para a vida.

... à minha história de vida, que fez com que eu me interessasse por esse maravilhoso mundo do conhecimento que é a Psicologia.

... aos professores que mostraram-me os caminhos a trilhar.

... à minha orientadora, Carlene Tenório, que apoiou-me e deu-me liberdade para conduzir esse trabalho.

... aos meus queridos filhos, Gibran e Gabriel, que, nesses últimos cinco anos, acolheram o meu afastamento e ajudaram-me sempre, sobretudo no que se referiu à Informática.

... ao meu querido Jamil, grande companheiro de jornada, que, sabendo compreender as minhas inúmeras ausências, incentivou-me e tornou mais fácil essa caminhada.

... e, finalmente, a todos aqueles, irmãos, parentes e amigos que, de alguma forma, acreditaram e torceram por mim.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	05
DESENVOLVIMENTO	07
I – REVISÃO DA LITERATURA	07
I.1. CONSIDERAÇÕES HISTÓRICAS ACERCA DO CONCEITO DE SAÚDE E DOENÇA.....	07
I.2. AS DEFINIÇÕES DE DOR E A EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA COMPREENSÃO DE SUAS CAUSAS E FUNÇÕES PSICOFÍSICAS.....	11
I.3. CLASSIFICAÇÃO E EPIDEMIOLOGIA DA DOR.....	16
I.4. AVALIAÇÃO E MENSURAÇÃO DA DOR CRÔNICA.....	21
I.5. FATORES CONSTITUTIVOS DA DOR CRÔNICA.....	24
I.6. A INTERRELAÇÃO DOR CRÔNICA E DEPRESSÃO.....	31
II – METODOLOGIA UTILIZADA	35
II.1. CARACTERÍSTICAS E OBJETIVOS DA PESQUISA QUALITATIVA.....	35
II.2. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	36
II.2.1. Escolha do Sujeito.....	36
II.2.2. Coleta dos Dados.....	37
II.2.3. Análise dos Dados Obtidos.....	38
III – RESULTADOS DA ANÁLISE DE CONTEÚDO	39
IV – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	44
CONCLUSÕES	49
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	52
APÊNDICES	57

RESUMO

O presente trabalho consiste de um estudo teórico e empírico a respeito da correlação existente entre dor crônica e depressão, no qual é feita uma revisão bibliográfica, trazendo à superfície novas formas de abordagem do humano em seu processo de adoecimento e, em seguida, uma investigação qualitativa, através de um estudo de caso, com o objetivo de verificar empiricamente a existência de uma possível relação de causa e efeito entre dor crônica e depressão. Os dados foram coletados através de uma entrevista semi-estruturada e da aplicação de um instrumento de complementação de frases, cujo conteúdo foi analisado conforme o modelo proposto por Bardin (1979). Com base nos resultados obtidos por essa análise, discutidos e relacionados com a teoria revisada em seus aspectos pertinentes ao tema, a autora desse trabalho chegou à conclusão que a depressão é um sintoma presente em 50% dos casos de dor crônica, embora não haja consenso entre os autores consultados quanto à maneira como a relação entre as duas condições clínicas se dá. Tal conclusão aponta para a crescente necessidade de se abordar o paciente crônico, seja qual for a sua patologia, contemplando o seu histórico de vida, as relações estabelecidas desde a mais tenra idade e, sobretudo, valorizando a forma como cada um vê e percebe o mundo à sua volta.

INTRODUÇÃO

Com o nascimento, o ser humano inaugura o sentimento de dor, a dor psíquica da separação do seu objeto primordial de amor somada à dor física da entrada da primeira lufada de ar nos pulmões, do primeiro contato com o mundo, muitas vezes, hostil, frio e barulhento. É neste momento que se institui a angústia constitutiva do humano, que o acompanhará por toda a sua existência, ora mais ou menos afluída, porém, sempre presente.

Segundo Nasio (1997), a dor, física ou psíquica, é sempre um afeto. Não se morre de dor, pois onde há dor, há vida. Portanto, viver pressupõe a presença da dor e do sofrimento resultantes das muitas perdas que a vida, naturalmente, ou por força das escolhas feitas, vai impondo ao sujeito.

Berlinck (1999) salienta que a dor é um fenômeno tão amplo, constitutivo da condição humana, que pode-se dizer que a humanidade é uma espécie dolorida. Embora tão presente na vida, devido ao pouco conhecimento a seu respeito, a dor é um enigma que instiga estudiosos e profissionais de várias especialidades a voltarem sua atenção e interesse para a mesma.

Desde tempos imemoriais que, a dor vem sendo estudada, ora com enfoque na alma, ora no orgânico. Platão *apud* Rocha (2001), dizia que a dor pode surgir também de uma experiência da alma que reside no coração. Entretanto, por força do modelo biomédico, dicotômico, vigente desde Galeno (Angerami-Camon, 2001), deu-se maior ênfase às dores físicas, desconsiderando o componente psíquico-social, presente nas mesmas, como fator exacerbante da experiência dolorosa.

Na atualidade, há um esforço e reconhecimento da necessidade, por parte daqueles interessados no estudo e manejo da dor em, ao abordar a experiência dolorosa de uma pessoa, abordá-la na sua totalidade, contemplando as suas múltiplas dimensões: física, psíquica, social e espiritual.

Tendo como pano de fundo essas considerações a respeito do fenômeno doloroso, a temática dessa monografia foi definida em função do interesse da sua autora nos aspectos biopsicossociais que permeiam o processo saúde-doença e também do desejo da mesma em atuar no campo da Psicologia junto a profissionais que integram uma equipe multidisciplinar de dor.

A primeira parte desse trabalho é constituída de uma revisão da literatura, subdividida em seis subtítulos. O primeiro subtítulo, considerações históricas acerca do conceito de saúde e doença, traz um histórico sobre as formas diferentes de entendimento do referido conceito. O segundo tópico trata das muitas definições de dor e das teorias desenvolvidas com o intuito de clarificar a compreensão das suas causas e funções psicofísicas. A seguir, o terceiro e quarto itens, respectivamente, tiveram por objetivo falar da classificação e epidemiologia da dor, e dos instrumentos e métodos de avaliação e mensuração do fenômeno doloroso. No quinto tópico, a autora abordou a questão dos múltiplos fatores constitutivos da experiência dolorosa crônica e, por fim, no sexto e último ponto, buscou-se trazer fundamentos teóricos que explicassem a interrelação entre dor crônica e depressão, título dessa monografia.

Segundo Birket-Smith (2001) e Blackburn-Munro e Blackburn-Munro (2001), observa-se uma associação entre dor crônica e depressão em 30 a 55% dos casos de dor crônica, embora haja entre os autores uma controvérsia quanto à origem dessa associação. Para alguns autores, a depressão é conseqüente à dor crônica, enquanto para outros ela é antecedente. E, para outro grupo de estudiosos, não existe interação causal entre elas, sendo ambas condições clínicas distintas, embora com mecanismos patogênicos em comum.

Assim, entendendo essa relação entre dor crônica e depressão como um fenômeno, que só pode ser apreendido a partir do discurso de quem o experiencia, esse trabalho, com o objetivo de clarificar a forma como se estabelece essa relação, realizou um estudo de caso, utilizando como metodologia a pesquisa qualitativa.

A segunda parte dessa monografia trata da metodologia utilizada pela autora, da escolha do sujeito, da coleta e da análise dos dados. A coleta dos dados foi feita por meio de entrevista semi-estruturada e complementação de frases, enquanto a análise dos mesmos foi realizada segundo o modelo proposto por Bardin *apud* Ferreira (2000).

E, para finalizar, foi realizada a discussão e conclusão do trabalho, tomando como referencial teórico a revisão da literatura constante do mesmo.

DESENVOLVIMENTO

I - REVISÃO DA LITERATURA

I.1. CONSIDERAÇÕES HISTÓRICAS ACERCA DO CONCEITO DE SAÚDE E DOENÇA

Vários são os autores, ao longo da história da Medicina, que se preocuparam e se preocupam com o embricamento mente-corpo-contexto, buscando melhor entender o funcionamento desta tríade, com o objetivo de alcançar resultados mais efetivos nas terapêuticas empreendidas para o tratamento das mais diversas condições clínicas.

Segundo Carvalho (2002), a noção de que mente e corpo são partes de um só organismo e que a sua saúde depende do equilíbrio dessas partes está presente tanto nas idéias de Hipócrates como nas idéias freudianas.

Se no início da história da Medicina, Hipócrates entendia corpo e mente como uma unidade indivisível, com o advento da Escola de Galeno surge a idéia da doença como algo autônomo em relação ao seu portador, reduzida apenas ao comprometimento da parte biológica (Angerami-Camon, 2001).

Enquanto na Medicina hipocrática a pessoa doente é concebida em sua totalidade, com a valorização de sua história de vida e personalidade como fatores constitutivos do seu processo de adoecimento, em Galeno prevalece a dicotomia mente-corpo, e as doenças passam a ser entendidas como lesões anatomoclínicas, desconsiderando os fatores psicológicos e sociais que entram na gênese e manutenção do processo saúde-doença (*idem*).

A partir dos meados do século XIX e início do século XX, os estudiosos começam a enxergar os limites do reducionismo biológico, herdado de Galeno, e, ao mesmo tempo, buscam retomar o conceito de homem como unidade dinâmica integrada pela tríade corpo-mente-contexto (*idem*).

No final do século XIX, Freud em seu trabalho “Estudos sobre histeria”, reintegra corpo e mente, quando afirma que acontecimentos psíquicos podem gerar conseqüências orgânicas. Essa afirmativa abre espaço para pesquisas com o objetivo de estabelecer e esclarecer

as inter-relações entre os aspectos biológicos, psíquicos e sociais do processo saúde-doença (Carvalho, 2002).

Com base no ponto de vista psicanalítico, Winter (1997) explica que a quebra do equilíbrio entre as dimensões biológica e erógena é que resulta na doença. Portanto, a doença decorre da supremacia do desejo sobre as funções fisiológicas na busca do prazer. O momento do adoecer dá-se na ruptura entre o que se percebe como sensação ou tensão corporal e o respaldo psíquico que a reconheça.

A Psicanálise busca abordar o tema doença sob a mesma perspectiva da saúde, ou seja, o homem tanto na saúde como na doença é portador das marcas da subjetividade. Dito de outra forma, o homem, na saúde ou na doença, deve ser pensado através de formas de expressão concretas e subjetivas (Winter, 1997).

Mais modernamente, baseados em estudos no campo da Física Quântica, alguns autores defendem a idéia de conceber o ser humano como um complexo macromicro, que, em nível macrocósmico, é percebido como um ser somático e, em nível microcósmico, como em ser psicológico. Portanto, sob esse ponto de vista, soma e psíquico (corpo e mente) seriam um dos recortes possíveis do ser psicossoma em que se constitui o ser humano e, o ser adoecido é compreendido como resultado de uma alteração na sua totalidade macromicro vibratória, cuja manifestação macrocósmica é a doença orgânica e a microcósmica é o sofrimento psíquico (Ramos, 2005).

De acordo com Dethlefsen e Dahlke (1997), o fato de se adoecer é considerado uma forma física de expressão dos conflitos e, através do entendimento do seu simbolismo, é possível mostrar às pessoas em que consistem seus males. Para esses autores a doença faz parte da saúde, como a morte faz parte da vida.

Como diz Macieira (2001), dentro de uma visão transpessoal, o ser humano doente é mais que um corpo que adocece. É uma totalidade nova que se conforma, com novas necessidades a serem atendidas. O adoecimento tem um simbolismo que reflete a história de vida dos sujeitos, englobando as marcas, os registros que a vida deixou naquele corpo, as crenças que aquele sujeito introjetou.

Segundo Maslow *apud* Macieira (2001), a manutenção da saúde passa pela satisfação das necessidades fisiológicas (fome, sono, sede, sexo) e das necessidades psicológicas (segurança

e estabilidade; amor e sentido de pertinência; auto-estima e auto-respeito; auto-realização dos potenciais e capacidades).

Contrariamente a Freud, que focava principalmente a doença e os sofrimentos físicos e psíquicos, Maslow deu grande ênfase aos aspectos que dão sabor e alegria à vida. Embora não negasse a existência das doenças, Maslow defendia a tese de que elas surgem em decorrência do bloqueio dos elementos saudáveis (Macieira, 2001).

Ribeiro (1997), dentro de um enfoque gestáltico, pontua que saúde diz respeito à satisfação adequada de necessidades, em um processo auto-regulativo entre pessoa e meio, que emana do instinto de auto-preservação. Dito de outra forma, saúde resulta da congruência entre a realidade que se vive e o organismo que a ela responde, enquanto doença é fruto da satisfação inadequada ou insatisfação das necessidades que precisam ser atendidas.

Sobre a questão da interdependência entre corpo e mente, Vasconcelos (1996), *apud* Macieira (2001, p. 51), esclarece que “toda e qualquer estimulação ou intervenção psicológica, atua sobre o sistema nervoso e endócrino e conseqüentemente, sobre o jogo e a rede intersistêmica (...) Emoções que atuam tão profundamente nesse corpo e nos sistemas que ele tem, são capazes de nos levar à morte, ou nos proporcionar saúde (...)” Finalizando, ele pontua que as emoções e a força psíquica do paciente são capazes de interferir, de forma positiva ou negativa, tão profundamente no processo biológico que é impossível desconsiderar essa realidade.

Corroborando esses enfoques convergentes de autores diversos, Júlio de Mello (1979) *apud* Ramos (2005) diz que a medicina psicossomática, mais que uma especialidade médica, como queriam os primeiros investigadores desse terreno, é uma atitude e um campo de pesquisa, onde “a enfermidade passa a ser a expressão de um tropeço existencial, de uma disfunção no processo de viver, de um conflito” (p.19).

Ramos (2005) ao falar sobre a concepção psicossomática, que compreende o ser humano no seu contexto biopsicossocial, conclui que os modelos teóricos que norteiam essa prática, ainda o fazem de uma forma paradoxal, promovendo uma abordagem contraditória do processo saúde-doença, contemplando o funcionamento dicotômico mente-corpo. Segundo a autora, “isto fica nítido quando propõe a interação entre os mesmos (mente-corpo) ou quando propõe a doença psicossomática, como se pudesse existir algum ser humano que não fosse um ser psicossomático.”(p.20)

Nesse sentido, acrescenta Perestrello (1958) *apud* Ramos (2005),

*O indivíduo isolado é uma abstração e só pode ser concebido em seu ambiente (...)
Não há figura sem fundo, nem fundo sem figura. Enquanto para nós, médicos, o indivíduo é a figura que tem como fundo o seu ambiente, para o sociólogo a figura é o ambiente e o fundo o indivíduo. Assim como o indivíduo, intrinsecamente considerado, constitui uma unidade, extrinsecamente existe a unidade indivíduo-ambiente. (p.49)*

Visto a partir dessa perspectiva ampliada, a compreensão do fenômeno doloroso, objeto de estudo desse trabalho, se dá modulada por uma infinidade de fatores, num grau de importância equânime entre eles, figurando ao lado dos fatores biológicos, os fatores socioculturais, pessoais e familiares, cognitivos e emocionais (Fortes, 1999).

I.2. AS DEFINIÇÕES DE DOR E A EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA COMPREENSÃO DE SUAS CAUSAS E FUNÇÕES PSICOFÍSICAS

Segundo Berlinck e cols. (1999), a dor é um fenômeno de tão ampla extensão que é possível afirmar que a humanidade é uma espécie dolorida que se caracteriza por infinitas formas de vivenciar a dor, indo desde a analgesia, condição patológica em que a pessoa não experimenta a sensação dolorosa, até a dor crônica, sensação sempre presente no corpo.

Em 1979, a Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP), conceitua dor da seguinte maneira:

“Dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável que é associada a lesões ou descrita em termos de lesões teciduais. A dor é sempre subjetiva. Cada indivíduo utiliza a palavra dor de acordo com o aprendizado frente a suas experiências prévias. É uma sensação desagradável localizada em uma parte do corpo; constitui adicionalmente uma experiência emocional” (Teixeira, 2001).

O dicionário Larousse Cultural, 1992, para o vocábulo dor, do latim *dolor*, traz várias definições: **1.** Sensação penosa e desagradável em qualquer parte do corpo. **2.** Sofrimento moral, mágoa, dó. **3.** Angústia, aflição, amargura. **4.** Expressão do sofrimento. **5.** Luto. E, por último, *dor moral* como sofrimento psíquico que se encontra nos estados depressivos.

Segundo Teixeira e Pimenta (1994) e Carvalho (1999), ao longo da história da humanidade, a dor, parte integrante da vida, presente desde o nascimento até a morte, e, talvez, a mais antiga e universal forma de estresse humano, foi entendida de várias maneiras diferentes, de acordo com o momento e com a cultura considerados.

Dallenbach (1939) *apud* Andrade (2002), num estudo sobre os conceitos de dor e sofrimento, explica que, já em 1550 a.C., no papiro de Ebers, o ópio é referido como um medicamento de origem divina, usado por Ísis no tratamento das cefaléias de Ra. Dentro do catolicismo, a dor foi considerada, ora como forma de redenção e obtenção de graças, e ora como punição e castigo.

Somente a partir do século XIX, é que a dor passou a ser concebida como uma experiência sensorial. Sternbach (1974) *apud* Andrade (2002), traz a seguinte definição de dor:

A palavra “dor” é uma abstração que usamos para designar sentimentos diferentes que têm pouco em comum, exceto a qualidade de sofrimento físico... o local ferido ou afetado, isto é, a origem aparente da dor... um tipo de comportamento que entra em ação para proteger o organismo de dano ou para buscar ajuda que proporcione alívio (p.104).

Segundo Carvalho (1999), de uma maneira geral, a dor tem uma função primordial de alerta, de garantia da sobrevivência humana. Porém, quando em função de sua intensidade e frequência, se torna insidiosa e incapacitante, constituindo-se na própria patologia, fonte geradora de sofrimento e variados sentimentos, como angústia, ansiedade, menos valia e outros, a dor perde a sua função protetora.

Segundo Platão, “a dor não surge apenas por estimulação periférica, mas também por uma experiência da alma que reside no coração” (Rocha, 2001, p.131).

Numa perspectiva histórica, Teixeira e Pimenta (1994) dizem que na Antiguidade, a dor, sem uma causa aparente, era associada à invasão do corpo por maus espíritos e era tida como uma punição dos deuses. Para Aristóteles, a dor era uma paixão da alma, antítese do prazer, e sua sede estava no coração. Na Índia, a dor era reconhecida como uma sensação formada por aspectos emocionais e, na China, a dor, assim como as doenças, era atribuída à carência de certos fluidos no organismo.

A idéia predominante até a Idade Média de que o coração era o centro das emoções e sensações se modificou a partir do Renascimento, à medida que a Medicina começou a basear os seus conhecimentos na observação científica e várias teorias foram surgindo, atribuindo a dor ao sistema nervoso central (SNC) (Teixeira e Pimenta, 1994; Carvalho, 1999).

Nos séculos XVI e XVII, sob a influência de Descartes, foi introduzida a noção de especificidade das vias nervosas envolvidas na nocicepção, que se constitui na detecção de lesão tecidual por terminações nervosas livres denominadas nociceptores. Tal influência abriu caminho para o desenvolvimento, no século XIX, da Teoria da Especificidade, segundo a qual, existem terminações nervosas específicas para cada tipo de sensação cutânea, responsáveis pelo envio dos estímulos dolorosos ao cérebro (Carvalho, 1999).

No século XIX, contradizendo a Teoria da Especificidade, surgiu a Teoria do Padrão de Estímulo, segundo a qual não existiriam estruturas responsáveis pela estimulação nociceptiva

no sistema nervoso periférico (SNP) e SNC, mas sim, que a dor resultava de uma estimulação intensa de receptores inespecíficos (*idem*).

Essas duas teorias foram discutidas por mais de um século e, ambas, embora incompletas, se complementavam e explicavam a dor pela intensidade e natureza do estímulo doloroso, não contemplando as variáveis psicossociais envolvidas na questão e portanto, se aplicando tão somente à explicação das dores resultantes de um dano tecidual comprovado.

Embora a dor se inicie geralmente pela estimulação dos nociceptores, isto é, dos receptores sensoriais, preferencialmente sensíveis a estímulos nocivos ou potencialmente nocivos, nem todos os estímulos que ativam esses receptores são percebidos pelos indivíduos como uma sensação aversiva ou desagradável. Isso se deve ao fato da percepção de um estímulo como doloroso envolver processos subjetivos, dependentes de fatores ambientais, culturais, históricos e emocionais próprios de cada indivíduo (Jessell & Kelly, 1991, *apud* Seger, 2002).

A dor não é uma percepção comum, visto que não se observa uma relação linear entre dor e estímulo nociceptivo. A dor pode ocorrer sem qualquer estímulo nociceptivo óbvio ou, às vezes, ser desproporcional ao estímulo nociceptivo observável (Sousa e Silva, 2005).

Desse modo, a dor pode estar associada ou não a um dano tecidual. A constatação da ausência de lesão anatômica e/ou fisiológica, após cuidadosa investigação, não invalida a queixa de dor, visto que a dor exprime “dores” que vão muito além dos limites do corpo (Riechelmann, 2001).

Para a Psicanálise, a dor, seja ela física ou psíquica, é sempre um fenômeno que surge no limite entre corpo e psique, visto que a dor corporal, afora os mecanismos neurobiológicos, se explica essencialmente por uma perturbação do psiquismo (Nasio, 1997).

Em 1965, Patrick Wall e Ronald Melzack, respectivamente, um fisiologista e um psicólogo, apresentaram a Teoria da comporta de controle da dor, segundo a qual, “os mecanismos neuronais da medula espinal atuam como uma comporta capaz de aumentar ou diminuir o fluxo de impulsos nervosos que vem das fibras periféricas e se projetam para o cérebro” (Seger, 2002, p. 408).

Na Teoria da Comporta, de Melzack, descrita por Teixeira (1994, *apud* Seger, 2002), os aspectos sensoriais, afetivos, culturais e emocionais que compõem o fenômeno doloroso, fizeram com que os processos envolvidos na modulação da dor se constituíssem em objeto de estudo de vários pesquisadores.

Embora a Teoria da Comporta não tenha se sustentado, ela forneceu fundamentos para o atual “conceito de interação sensorial”, segundo o qual, “ diferentes unidades do sistema nervoso interagem entre si, com a finalidade de integrar informações sensoriais , relacioná-las a experiências prévias e gerar comportamentos adaptados e mais adequados ao relacionamento do organismo com seus ambientes externos e internos” (Teixeira, 1999, *apud* Seger, 2002, p. 409).

Sempre objetivando esclarecer a natureza e os mecanismos da dor, outras teorias foram surgindo valorizando os aspectos psicológicos, comportamentais e cognitivos do comportamento doloroso, com desclassificação da importância das variáveis fisiológicas na percepção da dor. Assim é que surgiu a Teoria Psicológica, propondo que, uma vez evoluído o substrato psicológico necessário à percepção da dor, não mais se faz necessária a estimulação externa para que a dor continue a ser experienciada.

Também as Teorias Comportamental-Operante Radical e a Cognitiva Radical fornecem explicações restritivas para as muitas situações de dor, subvalorizando o componente fisiológico. A primeira considera a dor como um comportamento doloroso, verbal ou não verbal, sujeito às contingências de reforçamento e modelagem por fatores ambientais externos, enquanto a segunda, concebe a dor como decorrente de padrões específicos de pensamento disfuncional (Carvalho, 1999).

Analisando os vários aspectos constitutivos da dor contemplados no conceito de dor formulado pela IASP, depreende-se que, sendo a dor uma experiência, ela representa um momento de vida da pessoa como um ser integral que sobrevive, vive, ama, ri e chora. A dor é algo que se manifesta no universo corporal, mas que comunica muito além desse corpo, pois fala da “dor da alma”, da existência do indivíduo (Riechelmann, 2001).

Segundo Poettgen *apud* Riechelmann, 2001, p.35, “a dor expressa não só lesão orgânica, mas também toda a miséria existencial de uma pessoa.” Sendo a dor uma experiência desagradável, sensitiva e emocionalmente, ela é geradora de tensão corporal inseparável da tensão psíquica. Na situação de dor há uma quebra do equilíbrio homeostático que ativa mecanismos de defesa, visando retomar o equilíbrio perdido. Esses mecanismos de defesa são tanto na dimensão corporal (mecanismos de *feedback*, posição antálgica, etc...) quanto na dimensão psíquica (mecanismos de defesa do ego).

Endossando o parágrafo anterior, Lobato (1992), *apud* Rocha (2001), diz que “na ausência de uma lesão tecidual, o paciente com dor interpreta seu sofrimento como se houvesse

uma lesão ou, ele relaciona a experiência desagradável com algo que estivesse alterado seu organismo” (p.132).

Além dos processos subjetivos que atuam na forma de percepção da dor, o organismo humano dispõe de mecanismos moduladores capazes de influenciar a qualidade e a intensidade da dor. Tais mecanismos constituem o sistema supressor de dor, que age, ora favorecendo, ora inibindo o fluxo de alguns estímulos (Melzack e Wall, 1991, *apud* Seger, 2002).

Há também o sistema opióide, endógeno, responsável pela produção de endorfinas, cuja ativação é influenciada por fatores socioculturais, cognitivos e emocionais que atenuam ou ampliam a dor percebida (Teixeira, 1994, *apud* Seger, 2002).

Atualmente, há uma tendência em se substituir a abordagem tradicional de que o fenômeno doloroso está diretamente relacionado à natureza e intensidade do dano tecidual, por uma abordagem mais ampliada que considere, além das características do dano tecidual, também as características individuais e as múltiplas variáveis psissociais presentes na experiência de dor (Carvalho, 1999).

A influência de tais variáveis é inegável, o que faz da dor um fenômeno complexo, intrigante e enigmático, remetendo à idéia de um quebra-cabeças. O livro “The Puzzle of Pain”, de autoria de Melzack (1973), reflete bem a complexidade da sensação e experiência dolorosa (Sousa e Silva, 2005).

Tal visão faz da dor um fenômeno multidimensional, o que requer dos profissionais da área de saúde uma abordagem dinâmica e holística do indivíduo, na qual o entendimento do processo saúde-doença não se encontre dissociado da condição psicossocial do sujeito (Seger, 2002).

I.3. CLASSIFICAÇÃO E EPIDEMIOLOGIA DA DOR

A dor pode ser classificada de várias formas, conforme são consideradas suas características fisiopatológicas e clínicas. Embora se reconheça a necessidade de um sistema de categorização da dor e o uso de uma terminologia técnica que facilitem a comunicação entre pesquisadores, profissionais da saúde e pacientes, há que se considerar o real impacto que a dor causa na qualidade de vida do paciente, não pela origem da dor ou pela doença desencadeadora da mesma, mas pela duração e intensidade da dor e pelas limitações e estresse gerados por ela (Carvalho,1999).

De acordo com a origem do estímulo nociceptivo as dores podem ser periféricas ou centrais; as periféricas se subdividem em cutânea, somática e visceral, referida e mista, enquanto as centrais são por desafferentação (Angerami, 2002).

Há também a dor psicogênica, que os neurofisiologistas consideram como componente de doenças mentais, visto que não identifica nenhuma etiologia orgânica que a explique (Rocha, 2001).

Sternbach (1986), *apud* Menezes (1999), define dor psicogênica como sendo um quadro de dores permanentes ou desproporcionais às lesões, onde se verifica uma forte influência dos aspectos emocionais.

A dor psicogênica é uma condição bastante incomum, encontrada em pacientes psiquiátricos com quadros esquizofrênicos ou de depressão severa. Portanto, a discriminação entre dor psicogênica e dor somática, congruente com a compreensão cartesiana do fenômeno doloroso, é algo anacrônico, que deve ser superado e substituído por uma concepção psicossomática, que considera a participação dos fatores psíquicos em todos os processos humanos, incluindo o processo saúde-doença (Bergel, 2001).

A classificação mais utilizada é aquela que considera a dor do ponto de vista temporal. Esta classificação considera a dor ao longo de um *continuum* de duração e inclui a dor aguda, crônica e recorrente (Carvalho, 1999).

A dor aguda tem função de alerta e se segue a uma lesão tecidual, sendo acompanhada por alterações neurovegetativas como sudorese, taquicardia, hipertensão arterial, agitação psicomotora e ansiedade. Como sua fisiopatologia e controle são mais conhecidos, comumente, a dor aguda desaparece após a resolução do processo patológico. Embora os fatores

psicológicos e ambientais estejam presentes na vivência da dor aguda, raramente são considerados como fatores primários (Seger, 2002).

A dor crônica, ao contrário da dor aguda, não tem função biológica de alerta; é considerada aquela que persiste além do tempo razoável para a cura de uma lesão tecidual, ou que está associada a processos patológicos crônicos, que causam dor contínua ou recorrente em intervalos de meses ou anos (*idem*).

O tempo necessário para que uma dor seja considerada crônica não é bem estabelecido. A utilização do período de três a seis meses é arbitrária e inadequada, visto que os processos patológicos têm evoluções próprias e diferentes. Para a maioria dos autores, o prazo de seis meses de duração da dor é o critério para definir uma dor como sendo crônica. Entretanto, Bonica (1990), *apud* Menezes (1999), discorda desse prazo limite, por considerar que toda dor que persista 30 dias após a duração normal da sua doença ou lesão causal, deverá ser classificada como dor crônica.

A dor crônica, de uma maneira geral, não provoca no organismo as respostas neurovegetativas presentes na dor aguda. Porém, freqüentemente, desencadeia alterações fisiológicas, emocionais, comportamentais e sociais significativas para os indivíduos e seus familiares, com comprometimento de sua capacidade laborativa, de sua vida afetiva e de seu sono, apetite e humor (Teixeira e Pimenta, 1994).

Em contraste com a dor aguda, a dor crônica pode decorrer de fatores ambientais ou psicopatológicos, mesmo na ausência de danos teciduais. Seu diagnóstico e tratamento são mais difíceis que nas dores agudas, fazendo com que as dores crônicas se constituam em um dos mais onerosos problemas de saúde da sociedade (*idem*).

De acordo com Carvalho (1999), a dor crônica, muitas vezes decorrente de doenças crônicas degenerativas, é rebelde fazendo com que aqueles que dela padecem percorram numerosos profissionais e se submetam a variadas terapias, nem sempre efetivas, geradoras de iatrogenias incapacitantes, que muito contribuem para o sofrimento desses pacientes.

Segundo Menezes (1999), os quadros dolorosos permanentes, portanto, sem perspectiva de cura, resultam em variadas perdas para aqueles que os experimentam, o que explica a freqüente associação entre depressão e dor crônica. A depressão pode, tanto levar a queixas constantes de dor, como decorrer da dor crônica, sendo que esta última hipótese é observada mais amiúde.

A dor recorrente, é uma dor com características da dor aguda, portanto de curta duração, mas que tem um caráter de cronicidade, visto que se repete ao longo de muito tempo, às vezes, ao longo de quase uma vida. Exemplo típico da dor recorrente é a enxaqueca, que se dá na forma de uma forte dor de cabeça, intercalada por períodos de ausência da mesma. A dor oncológica, embora tendo um caráter de cronicidade, é classificada à parte, levando em consideração as suas características próprias e específicas (Carvalho, 1999).

Existem evidências do aumento da frequência da dor crônica na atualidade, atingindo proporções epidêmicas no mundo, com uma prevalência que varia de 7 a 40% dos indivíduos, sendo que destes, 50 a 60% se tornarão incapazes total ou parcialmente, de forma transitória ou permanente. Devido a larga incidência da dor na contemporaneidade, várias resoluções vêm sendo tomadas no âmbito da saúde pública e privada com o objetivo de melhor atender ao sofrimento das pessoas que estão sob os seus cuidados (*idem*).

A Organização Mundial de Saúde instituiu em 11 de Outubro de 2004 o “Dia Mundial Contra a Dor”, no que foi acompanhada, no Brasil, pela Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor (SBED). Também a adoção da dor, nas instituições hospitalares, como o quinto sinal vital, após temperatura, pulsação, pressão arterial e respiração, denota a preocupação com a necessidade de priorizar o manejo e controle da dor no contexto hospitalar (Sousa e Silva, 2005).

Tanto no Brasil como em outros países, 10 % a 50 % das pessoas são motivadas por sintomatologias dolorosas a procurar as clínicas gerais. No Brasil, essa procura se divide igualmente entre as dores agudas e crônicas (Teixeira e Pimenta, 1994).

Dados do Instituto Nacional de Saúde apontam que 100 milhões de pessoas nos Estados Unidos sofrem de dor crônica, acarretando um gasto da ordem de 80 bilhões de dólares anuais em tratamentos e perda de dias e horas de trabalho (Sousa e Silva, 2005)

No Reino Unido, um em cada grupo de 10 adultos recebe diagnóstico de dor crônica, associada ao câncer, às neuropatias, neuralgias e artrites. E, 80% desses casos são tratados com morfina e drogas anti-inflamatórias e anticonvulsivantes (Blackburn-Munro e Blackburn-Munro, 2001).

Conforme Teixeira e Figueiró (2001), a dor e as razões para sua ocorrência variam de acordo com a faixa etária e o sexo dos indivíduos. Nas crianças as causas mais frequentes de dor aguda são os traumatismos do tegumento e de estruturas músculo-esqueléticas decorrentes de

acidentes, as dores abdominais e as otites. Também, nas crianças e adolescentes, são comuns as cefaléias agudas e mesmo, as crônicas.

Nos adultos, a dores agudas decorrentes de lesões tegumentares e músculo-esqueléticas também são as mais freqüentes. Estudos epidemiológicos sugerem que adultos experimentam três ou mais tipos diferentes de dores a cada ano, sendo que as artralguas, as lombalgias, a dismenorréia, a dor à micção, a dor torácica e nos membros são as queixas mais comuns (Teixeira e Pimenta, 1994).

As afecções do aparelho locomotor são freqüentes razões para a ocorrência de dor crônica e ocorrem em algum momento da vida de 40% dos indivíduos, com destaque para as lombalgias. Essas se tornam um processo crônico em 10 a 15 % dos trabalhadores, se constituindo em importante causa de ausência ao trabalho, de gastos com despesas médicas e com compensações trabalhistas (Carvalho, 1999).

Embora a cefaléia afete um maior número de pessoas que as lombalgias e resulte em mais perda de dias de trabalho, o custo para o seu tratamento é menor e resulta em menores prejuízos (*idem*).

A freqüência da dor, entre homens e mulheres, varia com preponderância de ocorrência nas mulheres. Condições clínicas como enxaqueca, neuralgia atípica da face, síndrome da articulação têmporo-mandibular, fibromialgia, artrite reumatóide e esclerose múltipla, síndrome do cólon irritável ocorrem em maior número em mulheres. Tal distribuição desigual se deve provavelmente a fatores ambientais, culturais e sociais, contradizendo os mitos usuais de que a mulher é poliqueixosa, tem menor limiar para a dor e que os hormônios femininos determinam essas condições (Teixeira e Pimenta, 1994).

Nos homens, as dores se devem, mais freqüentemente, ao câncer, às amputações, às afecções isquêmicas, às encefalopatias (Teixeira, 2001).

Sousa e Silva (2005), afirmam que na atualidade, as condições dolorosas decorrentes do câncer e da enxaqueca são consideradas endêmicas. Nos Estados Unidos, 70% dos pacientes com câncer têm dor e 157 milhões de dias de trabalho são perdidos anualmente em função das enxaquecas.

Segundo Teixeira (2001), as dores oncológicas representam 5% das dores crônicas e sua incidência tem sido elevada pelo aumento crescente das neoplasias na população. Dos

pacientes com câncer, 50% a 70% apresentam dores agudas ou crônicas que advêm do tumor, das metástases ou em decorrências dos tratamentos empreendidos.

Nos idosos, geralmente, a dor é crônica e relacionada com as doenças degenerativas. O conceito de que com o envelhecimento ocorre diminuição da percepção dolorosa é controverso e acredita-se que o impacto da dor na vida do idoso seja importante causa de depressão e sofrimento nessa faixa etária (Teixeira e Pimenta, 1994).

I.4. AVALIAÇÃO E MENSURAÇÃO DA DOR CRÔNICA

Como explica Carvalho (1999), sendo a dor crônica um problema de alta incidência, de grande impacto na qualidade de vida de pessoas de qualquer idade e de ambos os sexos, ela tem se constituído em grande desafio para pesquisadores e profissionais de saúde. Nas três últimas décadas, muitos esforços, nas mais variadas abordagens teóricas, têm sido feitos, no sentido de produzir instrumental para manejo e controle da dor.

Para Kanner (1998), a avaliação e mensuração do fenômeno doloroso crônico consiste numa abordagem multidimensional da dor com o objetivo de planejar a terapêutica mais adequada a cada caso, visando restabelecer o equilíbrio biopsicossocial do paciente.

Avaliação e mensuração da dor, juntas, constituem o processo de sintetização das informações coletadas junto ao paciente. Mensuração refere-se à dimensão de intensidade da dor, sendo, portanto, um dado quantitativo. A avaliação encerra um processo mais complexo que envolve informações sobre a dor, seu significado e efeitos sobre a pessoa e sua vida, aliados aos valores quantitativos (Sousa e Silva, 2005).

O fato da dor se constituir numa experiência individual e subjetiva, a única medida confiável é o relato do paciente. Portanto, o acolhimento da queixa dolorosa e o reconhecimento do impacto que a referida dor causa na saúde do paciente e nas suas relações familiares e sociais são pontos fundamentais no estabelecimento do diagnóstico e da terapêutica indicada (Pimenta, 1994, Kanner,1998).

A mensuração da dor depende dos registros subjetivos que só podem ser produzidos pelo “sofredor”. É provável, que mesmo no futuro, com métodos mais avançados de diagnóstico, o auto-registro continue a ser uma ferramenta essencial para a quantificação e qualificação da dor (Sousa e Silva, 2005).

Considerando a dor como uma forma de comunicação do sofrimento do indivíduo, cuja compreensão não se dá a partir da concepção cartesiana tão presente na atuação dos profissionais de saúde, onde sofrimento físico é apartado de sofrimento psíquico, quantificá-la com precisão é tarefa impossível. Daí, a necessidade de se fazer uso de escalas analógicas, desenvolvidas para esse fim, sempre respeitando a individualidade e subjetividade inerentes a essa percepção (Fortes, 1999, *apud* Menezes, 1999).

Para Kanner (1998), a avaliação da dor deve ser sistemática, continuada e registrada de forma detalhada, começando com a história da queixa atual, com valorização dos fatores primários relativos à localização, intensidade, característica e duração da dor, bem como dos fatores secundários, aqueles que envolvem os fatores agravantes ou atenuantes e as circunstâncias em que a dor tem início (Kanner, 1998).

Carvalho (1999) explica que na tentativa de aprimorar o processo de avaliação e mensuração da dor foram desenvolvidos instrumentos uni e multidimensionais, que possibilitassem ao portador de dor crônica expressar a sensação dolorosa de forma mais objetiva, facilitando o intercâmbio de informações entre pacientes e profissionais da saúde.

A respeito disso, Kanner (1998) esclarece que o uso dos instrumentos de mensuração não se presta à comparação entre sujeitos. Esses instrumentos são utilizados para a comparação da intensidade e do impacto da dor em um mesmo paciente, em momentos distintos de seu tratamento. Esse procedimento permite tanto ao profissional, quanto ao paciente avaliarem a resposta do indivíduo aos tratamentos realizados. A comparação desses dados, em caso de melhora do quadro doloroso, favorece a adesão do paciente ao tratamento.

Escalas de intensidade da dor são exemplos de instrumentos unidimensionais, insuficientes para a avaliação da dor crônica. Exemplos delas são as Escalas Numéricas, graduadas de 0 a 10, onde o 0 é ausência de dor e o 10 é a pior dor imaginável, e a Escala Visual Analógica, que consiste de uma linha reta, sem números, com indicativos de “sem dor” e “pior dor imaginável” nas extremidades (Pimenta, 1994)

Devido ao caráter multidimensional da dor, foram surgindo as escalas multidimensionais, tendo sido o “Inventário para dor de McGill” (QMD), a primeira alternativa metodológica a abarcar as múltiplas dimensões da dor. Este inventário foi criado na década de 1970, por Melzack e, na atualidade, tem sido o instrumento mais largamente utilizado no mundo, inclusive no Brasil (Pimenta, 1994, Kanner, 1998, Carvalho, 1999).

O “Inventário para dor de McGill”, na versão brasileira, foi adaptada por profissionais do ambulatório de Dor do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo e compreende 78 palavras (descritores), organizadas em 4 grandes grupos e 20 subgrupos, que descrevem os componentes sensorial, afetivo e avaliativo da dor (Pimenta, 1994).

Segundo Melzack (1999), o “Inventário para dor de McGill” é um instrumento válido, confiável, consistente e útil na avaliação da dor. A partir deste inventário, outros

instrumentos foram desenvolvidos, com destaque para o “Wisconsin Brief Pain Questionnaire” e o “Memorial Pain Assessment Card”. A contribuição mais significativa do Questionário Wisconsin foi a avaliação do impacto da dor nas atividades da vida diária, como humor, relacionamento interpessoal, habilidade de caminhar, sono, trabalho e apreciação da vida (idem).

Foram desenvolvidos outros instrumentos, que usados em conjunto com a entrevista psicológica, se prestam à avaliação psicológica de pacientes com dor crônica. Três dos mais comumente utilizados são o Inventário de Depressão de Beck (IDB), o de Hamilton e o de Zung. Estes instrumentos apontam para a presença de sensações habitualmente encontradas na depressão, como culpa, autocomiseração e ideação suicida (Kanner, 1998)

Segundo Carvalho (1999), os métodos utilizados para a avaliação e controle da dor, baseados principalmente na literatura estrangeira, merecem ser adaptados à realidade brasileira, considerando as características próprias dos diferentes contextos de atuação, de modo a se obter resultados mais eficazes, junto a uma população tão carente de atendimento.

I.5. FATORES CONSTITUTIVOS DA DOR CRÔNICA

Vários estudos têm demonstrado uma pobre correlação entre dano tecidual , resposta de dor, incapacidade e resposta aos tratamentos da dor crônica. Tais achados vêm confirmar que a experiência de dor é altamente dependente do contexto, bem como é modificada pelo afeto e memória. (Birket-Smith, 2001)

Com relação aos fatores que interferem na decodificação da dor, Fortes *apud* Menezes (1999), diz que:

(...) a cada estímulo doloroso se associa uma resposta cognitiva-emocional que gera um padrão de comunicação deste sofrimento, padrão este moldado pelas características daquele indivíduo, compreensível em sua totalidade apenas a partir da história pessoal e das representações específicas daquele paciente. Ou seja, a maneira como um indivíduo experimenta e comunica dor depende tanto, ou talvez mais, de inúmeros fatores pessoais quanto da intensidade e especificidade da lesão em si (p. 24).

Portanto, ao abordar o fenômeno doloroso, além dos fatores inerentes à pessoa, há que se destacar os aspectos socioculturais, cognitivos e emocionais da experiência da dor.

Na opinião de Seger (2001), embora os fatores psicoafetivos possam não estar presentes na etiologia da dor aguda, a sua experiência é sempre marcada por emoções intensas, sendo o medo e a ansiedade as mais frequentemente percebidas e observadas. Porém, em se tratando de dor crônica, soma-se à ansiedade, a raiva, a desesperança, o stresse e a depressão.

Para Fortes (1999), essa relação positiva entre essas emoções e a percepção da intensidade da dor deve ser investigada e trabalhada com o indivíduo, a fim de ajudá-lo a perceber essa inter-relação, responsável pela amplificação da intensidade de sua dor.

A dor crônica sempre remete a pessoa às perdas que dela decorrem, seja a perda da condição de saúde, da autonomia ou da plena capacidade funcional ou laborativa, ou perdas afetivas. A ansiedade traduz o temor de possíveis perdas futuras, enquanto a depressão reflete o sofrimento causado pelas perdas atuais.(Seger, 2002).

Segundo Winter (1997), uma forma de pensar as perdas afetivas presentes nos processos de adoecimento, é conceber o adoecimento como consequência da formação de um

vazio psíquico pela desarticulação psico-soma decorrente da impossibilidade de representar psiquicamente perdas e separações.

A maioria das pessoas, em situação de doença, desenvolve uma reação psicológica, que consiste no processo normal de elaboração psíquica da experiência do adoecer. Até certo ponto, é uma reação positiva que facilita a adesão do indivíduo ao tratamento. Entretanto, no caso de dor crônica, freqüentemente, essa reação persiste e se agrava, perdendo a função positiva de alerta, o que dificulta a colaboração ativa da pessoa no tratamento e se converte em fator gerador de sofrimento no indivíduo. (Fortes, 1999).

Com relação à elaboração psíquica do adoecer, Schneider (1976) *apud* Santos e Sebastiani (2003), se refere à dependência, regressão e passividade como a tríade psicodinâmica do paciente crônico. Segundo o autor, tanto em quadros agudos como em surtos evolutivos de uma condição crônica, num primeiro momento, esta tríade psicodinâmica atua positivamente, tornando os pacientes mais receptivos à atuação dos cuidadores. Porém, passada esta fase inicial, tanto os familiares como a equipe de saúde desejam que esses pacientes, mesmo regredidos e dependentes, assumam, ainda que reconhecidas as limitações sociais e psíquicas impostas pela sua condição clínica, uma postura ativa diante de sua vida e de seu tratamento.

De acordo com Cukierman (2001), algumas características são freqüentemente encontradas em pacientes portadores de quadros dolorosos crônicos: estabelecimento de relações de forte ambivalência e dependência; relações masoquistas, com satisfação das exigências alheias, em detrimento de si mesmo; passividade; inadequação no manejo da raiva e da hostilidade e uso da dor como meio simbólico de comunicação.

Segundo Berlinck e cols. (1999), dor, depressão e angústia são mecanismos de defesa contra ameaças internas e externas, que se confundem, pois são sensações referidas ao desamparo do humano e, essas defesas são, na maioria das vezes, desproporcionais à intensidade das ameaças. Tal discrepância se deve ao fato do homem nunca está só referido ao presente, visto que ele habita tanto o passado como o futuro, em função da atemporalidade de seu psiquismo.

Num esforço de clarificar a etiologia das dores crônicas, sobretudo aquelas para as quais não se tem achados orgânicos que as justifiquem plenamente, vários modelos etiológicos foram propostos.

Um dos modelos aponta para a existência de um perfil de personalidade predisponente à instalação de um quadro de dor crônica. Engel (1959) propõe que pessoas com dor crônica, sem um respaldo fisiológico identificado, teriam uma personalidade específica associada a uma história de abuso ou negligência na infância. Seriam pessoas sofredoras, pessimistas, melancólicas e depressivas, que estabelecem relações masoquistas e usam a dor como defesa psicológica. (Birket-Smith, 2001, Loducca, 2001)

Loducca *apud* Simbidor, 2001, sobre as idéias de Engel, fala que:

(...) seus pensamentos ilustram que a maneira como uma pessoa sente e expressa uma dor não pode ser entendida como um reflexo de uma etiologia linear de causa-efeito; existem variações peculiares de cada indivíduo que só podem ser compreendidas pela interação dinâmica entre eventos sensoriais, emocionais, cognitivos, comportamentais e sócio-culturais. (p.172)

Embora tal modelo, no passado, tenha sido congruente com as teorias da conversão e das reações psicossomáticas, há poucas evidências que confirmem essa relação específica entre fatores desenvolvimentais e dor crônica (Birket-Smith, 2001)

Seger (2002), concorda com Loducca (2001), quando diz que a forma como cada pessoa lida ou enfrenta o fenômeno doloroso tem relação direta com os seus conhecimentos, atitudes e crenças em relação às fontes que controlam os eventos relacionados à dor. Alguns indivíduos atribuem a sua dor a fatores externos, como sorte, destino ou influência de terceiros. Outros creditam às suas próprias ações ou características pessoais, as causas de sua dor.

Segundo Portnoi (2001), pacientes portadores da síndrome de fibromialgia (SFM), devido ao limitado conhecimento sobre a doença, tanto por parte daquele que a sofre, como por parte da população, são vítimas do descrédito social, podendo ser consideradas pessoas inseguras e insanas. O fato de não se sentirem compreendidos e acolhidos no seu sofrimento, faz com que esses indivíduos experienciem um sentimento de abandono, potencializando a intensidade de suas dores.

Padrões culturais e familiares associados às experiências pessoais com dor e doença levam a pessoa que sofre a fantasiar e temer a dor, influenciando a forma de vivenciar e comunicar o sofrimento desse indivíduo (Fortes, 1999).

Sobre isto, Herzlich (1991), explica que, considerando a dor como uma condição patológica, o sentido ou a representação individual da mesma não se resume ao seu diagnóstico, ao saber médico. O sentido que o sujeito dá à sua experiência dolorosa é constantemente permeado pela representação coletiva da dor, variando em conformidade com os diferentes grupos sociais e familiares.

Zborowski (1969), *apud* Fortes (1999), em estudo com americanos de origem anglo-saxônica, judaica e italiana, verificou o quanto as representações subjetivas, sociais e culturais interferem na forma de comunicação do seu sofrimento. Observa-se que o comportamento de dor, representado pelos sintomas somáticos, tende a ser exacerbado quando há envolvimento de ganhos secundários, tais como auxílio-doença, indenizações, aposentadorias, etc...

A Teoria Comportamental afirma que o comportamento de dor está sujeito às mesmas influências do condicionamento operante que quaisquer outros tipos de comportamento. Se o comportamento de dor é seguido de conseqüências reforçadoras (ganhos secundários e primários), ele pode persistir por um período além do tempo necessário para a cura da condição clínica (Sharp, 2001).

Na opinião de Fortes (1999), os fatores cognitivos têm um papel de grande importância na estruturação da experiência de dor. Quanto mais conhecimento, expectativa e preparo para sua dor, tanto mais ele tem a sensação de poder controlá-la e, portanto, mais preparado está para enfrentá-la. Contrariamente a isso, quanto mais a pessoa focaliza a atenção na sua condição clínica, maior é a intensidade de seu sofrimento.

Assim como em outras condições clínicas, pacientes portadores de dores crônicas, motivados pelas suas dificuldades pessoais, por seus sentimentos de impotência e fracasso diante da vida, transformam as suas dores na sua razão de viver. Nestes casos, a doença passa a ser maior que a própria pessoa. A representação que o indivíduo tem de si mesmo – de uma pessoa adoecida – passa a se constituir num estado de equilíbrio pessoal (Ramos, 2005).

Para a autora dessa monografia, a cura para esses pacientes significa a troca da representação de si mesmos, se percebendo como alguém inteiro, muito além de uma condição clínica. Porém, assumir essa condição de sujeito pleno, implicaria em um reposicionamento diante da vida, não raras vezes, muito difícil para essas pessoas, que de uma maneira peculiar a cada uma delas, construiu ao longo de suas vidas, a sua forma de ser e estar no mundo.

Embora reconhecendo a presença do fator psíquico interveniente na formação da dor corporal, Nasio (1997) faz uma distinção entre dor e sofrimento. Segundo ele, dor é uma sensação local, bem delimitada e determinada; dor é um afeto, é o limite entre a vida e a morte, pois não se morre de dor; onde há dor, há vida. E, o sofrimento designa uma perturbação global, psíquica e corporal, resultante de uma excitação geralmente violenta. O sofrimento é uma emoção mal definida, que exprime as tensões incontroláveis que tornam inoperante o princípio do prazer.

Arthur Schopenhauer, filósofo alemão, (1788-1860), considerou a dor psicológica como uma parte inevitável da vida. Para ele, a dor se relacionava a uma atitude pessimista frente à vida, sofrendo ele mesmo de depressão e de vários sintomas físicos inexplicáveis. Nas suas palavras “a vida é um infinito conto de dor e sofrimento sem nenhum significado ou razão. Somente por meio da dor, o mundo revela sua verdadeira natureza. Prazer não é mais constante que sonhos” (Birket-Smith, 2001, p.1114).

Maiores níveis de dor têm sido associados com maior sofrimento psíquico e maior interferência da dor nas atividades diárias de seus portadores (Turner e cols., 2002).

Também as enxaquecas históricas, persistentes, que flutuam ao sabor de situações afetivas e sem causa detectável, são exemplos de dores corporais que revelam a existência de um sofrimento inconsciente (Nasio, 1997).

Além disso existem evidências de que as síndromes dolorosas de origem músculo-esqueléticas sofrem grande influência das emoções, tendo sua magnitude agravada pelos aspectos afetivo-emocionais que, se não são os eliciadores da dor, têm importante papel na manutenção da mesma, funcionando as sensações corporais (dores) como receptáculo tradutor dos conflitos psicológicos do indivíduo (Perissinoti, 2001).

Portnoi (2001), relata que trabalhando com grupos de mulheres portadoras de fibromialgia, com idades variando entre 25 e 57 anos, as figuras familiares, sobretudo a figura materna e o relacionamento com os filhos, foram alvo de muitas discussões. Tais discussões tratavam dos papéis e valores relacionados à identidade feminina, culturalmente instituídos, oriundos da educação recebida e da preocupação dessas mulheres com a educação dos próprios filhos.

O “Questionário de Estratégias de Enfrentamento da Dor” é um instrumento que se presta a avaliar seis estratégias características que indivíduos com dor costumam utilizar para enfrentá-la. Tais estratégias são o desvio da atenção da dor, a reinterpretação das sensações

dolorosas, as auto-afirmações de enfrentamento, o ignorar das sensações dolorosas, a catastrofização da dor e a prática de orações, esperando obter uma melhora da dor (Seger, 2002).

Estudo realizado com pacientes com lesão medular e dor crônica demonstra que a catastrofização da dor pode contribuir para o aumento da intensidade da mesma, bem como para o aumento da incapacidade física e psicológica desses indivíduos (Turner e cols., 2002).

A estratégia da catastrofização consiste no indivíduo com dor crônica se dedicar a pensamentos essencialmente negativos de que a dor é insuportável e de que não é possível continuar a viver dessa forma (Seger, 2002).

Outros estudos realizados com pacientes com dor crônica decorrente de condições clínicas diferentes, entre elas, dor crônica lombar, fibromialgia, disfunção temporomandibular, artrite reumatóide e osteoartrite, fornecem evidências de significativa associação entre a catastrofização e, o aumento da dor e da disfunção física e psicossocial (Turner e cols., 2002).

Ao mesmo tempo em que a literatura questiona se a catastrofização não seria simplesmente uma manifestação da depressão, pesquisas têm demonstrado que a catastrofização é diferente da depressão e de outros tipos de sofrimento psíquico. Acredita-se que a avaliação da depressão e da catastrofização pode ajudar a tornar mais efetivos os tratamentos que visam o controle da dor crônica (*idem*).

Pacientes com tendência à catastrofização podem se beneficiar da Terapia cognitivo-comportamental, no sentido de ajudá-los a identificar e enfrentar as respostas cognitivas negativas à dor (*idem*).

A estratégia de reinterpretação da dor foi associada com o aumento do sofrimento psíquico, enquanto que o uso das estratégias de auto-afirmações e do ignorar da dor foi associado com maior sensação de bem-estar emocional (*idem*).

Pesquisa realizada com brasileiros, utilizando esse questionário, apontou que há uma tendência de uso de estratégias de orações, auto-afirmações de enfrentamento e desvio de atenção para minimizar o sofrimento na experiência de dor (Portnoi, 1999).

Um outro modelo etiológico da dor crônica é o modelo comportamental da dor somatoforme, definida como dor por no mínimo 6 meses que não pode ser explicada adequadamente por evidência de processo fisiológico ou uma desordem física (CID – 10).

Segundo Fortes (1999), freqüentemente, quadros psicológicos se manifestam sob a forma de queixas físicas, constituindo o que é denominado de somatização. A dor é a queixa

física que mais se apresenta sob a forma de somatização, o que também explica a inter-relação dor-depressão.

Devido ao caráter altamente subjetivo da dor crônica, limitante do diagnóstico e classificação da mesma, não há consenso entre os autores quanto à prevalência de distúrbios somatoformes em pacientes com dor crônica, apontando os estudos para uma prevalência que varia entre 0 a 53% (Birket-Smith, 2001).

De acordo com o modelo comportamental da dor somatoforme, a persistência da incapacidade por dor é reforçada pelos ganhos secundários, nas formas de recompensas financeiras, atenção dos familiares, liberação do trabalho e obrigações (Portnoi, 1999).

Segundo Sharp (2000), o comportamento de dor está sujeito às mesmas influências do condicionamento operante que qualquer outro comportamento. Se seguido de conseqüências positivas, o comportamento algico tende a persistir além de um tempo normal para a sua cura.

O estudo e tratamento da dor se constituem num enigma, cuja expressão maior se revela na histeria, onde um estímulo potencialmente lesivo pode ser vivenciado pelo organismo como uma reação anestésica, ou uma dor pode ocorrer sem qualquer manifestação de estímulo potencialmente lesivo (Berlinck e cols., 1999).

A explicação neuronal para a condução do estímulo doloroso do receptor periférico até o cérebro, em alguns casos se mostra limitada para explicar o fenômeno da dor referida, pois existem casos em que um estímulo potencialmente lesivo atua sobre um órgão e produz dores em outros, ou quando um determinado órgão dói sem qualquer estímulo doloroso (*idem*).

Segundo Birket-Smith (2001), um modelo mais abrangente de tentativa de explicação da etiologia da dor crônica é o modelo biopsicossocial, cuja preocupação reside na integração dos aspectos biológicos, físicos e sociais que atuam como elementos constitutivos desse tipo de dor.

No esforço de entender e tratar as dores crônicas, dada à complexidade do processo, mais de um paradigma se faz necessário. Nenhuma abordagem em separado é suficientemente abrangente para apreender o verdadeiro significado das dores – físicas ou psíquicas - do humano.

I.6. A INTERRELAÇÃO DOR CRÔNICA E DEPRESSÃO

Dados encontrados na literatura assinalam a intensa e freqüente interrelação entre dor crônica e depressão, sendo a mesma o distúrbio de humor mais relacionado à dor crônica. No esforço de explicar essa correlação, várias idéias, embaladas pelos variados enfoques, têm sido alinhavadas.

Embora a depressão, já de longa data, seja objeto de estudo da Psiquiatria e da Psicologia, a conceituação da mesma tem variado em função do referencial teórico adotado. (Angerami –Camon, 2003)

Segundo o Dicionário Técnico de Psicologia (2001, p. 73),

depressão é uma síndrome psicopatológica caracterizada por abatimento físico ou moral (tristeza, desolação, perda de interesse, perda de amor próprio), múltiplas queixas somáticas (insônia, fadiga, anorexia), atraso motor ou agitação e sentimentos de abdicação que são freqüentemente acompanhadas de idéias agressivas (ou tentativas) de suicídio.

Na Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10, depressão aparece descrita como episódio depressivo, dos tipos leve, moderado e grave, se caracterizando pelos sintomas de humor deprimido, perda de interesse e prazer, energia reduzida, fadigabilidade aumentada, concentração, atenção, auto-estima e auto-confiança reduzidas, idéias de culpa e inutilidade, visões desoladas e pessimistas do futuro, idéias ou atos autolesivos, sono perturbado e apetite diminuído.

No início do século passado, em meio a duas correntes contrárias, de um lado a psicopatologia de cunho organicista, cujo foco se situa na teoria nosológica e na classificação das enfermidades mentais e de outro, as nascentes idéias freudianas, considerando o predomínio do psíquico na etiologia dos distúrbios mentais, Karl Jaspers, filósofo e psiquiatra alemão, defende que o objeto da Psiquiatria é o homem na sua totalidade, devendo considerar além de seu corpo, também a sua alma, sua personalidade, enfim seu próprio ser (Feijoo, 2001).

Naquele momento, Jaspers introduz o método da fenomenologia, proposto por Husserl, como um caminho para o estudo e tratamento das psicopatologias. Para ele, por meio

da redução fenomenológica é possível captar e apreender a essência das vivências mórbidas dos doentes psíquicos. No entanto, o mesmo autor, ao afirmar que “as ciências da natureza, que explicam, e as ciências do espírito e da cultura, que compreendem sem explicar causalmente, não são incompatíveis, podendo algumas vezes convergir e apoiar-se mutuamente”, reconhece as limitações do saber científico e inaugura a possibilidade de se pensar o homem psiquicamente enfermo sob vários enfoques psicopatológicos (*idem*).

Mais recentemente, também contrariando a visão organicista e medicamentosa da Psiquiatria, que não contempla o aspecto filosófico do humano, Angerami-Camon (2003) enfoca a depressão como um fenômeno humano e fala da mesma como sendo um tropeço existencial, um momento da vida do sujeito, que, muitas vezes, pode estar exercendo a função de defesa da pessoa frente às vicissitudes da vida.

Segundo o olhar do autor referido imediatamente acima, o que interessa na abordagem existencial da depressão é a reflexão sobre os fatos que levam uma pessoa a escolher a depressão como uma forma de caminho para a resolução dos seus conflitos existenciais.

Angerami-Camon (2003) prefere, ao invés de enquadrar a depressão dentro de uma entidade nosológica, defini-la como “um estado que nos acomete em determinados períodos de nossa vida com uma variação de tempo que, na maioria das vezes, terá como enfeixamento o modo como a experienciamos”. Para ele, a depressão, que pode se manifestar sob a forma de melancolia, nostalgia e luto, está sempre atrelada às circunstâncias que implicam na maneira como a pessoa estabelece em sua vida a dialética do equilíbrio emocional com a sua própria condição orgânica.

A melancolia é definida como o sofrimento existencial que a pessoa experimenta motivada pelas lembranças de fatos que ela não viveu, em função das escolhas feitas ao longo de sua vida, enquanto a nostalgia é a dor sentida pelas recordações das coisas prazerosas vividas no passado. O nostálgico, ao evocar essas boas lembranças, busca atenuar as suas dores do presente, impedindo, assim, a sua desestruturação. E, por fim, o luto é a dor sentida pelas perdas vividas, podendo ser perdas afetivas, materiais e, no caso das doenças, perda da sua condição de ser saudável.

E, de acordo com Santos e Sebastiani (2003), a doença crônica leva a pessoa a vivenciar o luto, a dor pela perda do corpo saudável e ativo, cujo funcionamento inadequado prolongado resulta na perda da autonomia e da capacidade de agir com independência. E, esse

estado de dependência do outro e de indefinição quanto ao futuro acaba por levar ao desenvolvimento de quadros depressivos tão freqüentemente encontrados em associação com as dores crônicas.

Segundo Coelho (1993), entrar ou não na cronicidade de uma doença depende da capacidade emocional do paciente na elaboração do luto pela sua condição sadia anterior e conseqüente adaptação à nova situação.

Corroborando a idéia da experiência de luto em resposta ao processo de adoecimento, Lima, Mendonça Filho e Deniz (1994) *apud* Santos e Sebastiani (2003, p.152) afirmam que:

as perdas sentidas como definitivas, impostas como conseqüência da doença, são traduzidas por uma privação ao nível do funcionamento e do prazer corporal. Muitas vezes essas perdas são equivalentes à perda de um objeto de amor e acarretam as mesmas reações de luto. A vida gira agora em função da doença, o mundo torna-se vazio, desinteressante e pobre. Um desânimo profundo, uma inibição de toda e qualquer atividade.

Segundo Birket-Smith (2001) a observância da associação de dor crônica e depressão em 30 a 55% dos casos de dor crônica e da correlação positiva entre a severidade da dor crônica e os níveis de depressão, tem sido responsável pelo entendimento de que a dor crônica é uma variante da depressão, ou seja, uma depressão mascarada.

Em 50% dos casos de dor crônica, se observa uma comorbidade entre ela e a depressão. Porém, há uma controvérsia quanto à origem da associação dor crônica e depressão. (Blackburn-Munro e Blackburn-Munro, 2001)

Para muitos autores, a depressão pode ser antecedente ao desenvolvimento da dor crônica, como também pode ser conseqüente à mesma. Pacientes deprimidos apresentam uma alteração na forma de percepção da dor e nos limiares de tolerância à mesma, sendo essas pessoas, portanto, mais suscetíveis à sua ocorrência. Também aquelas pessoas que, em alguns momentos de sua vida, experienciaram episódios depressivos, estarão mais predispostos a desenvolver a depressão após a instalação de um quadro de dor crônica (*idem*).

De acordo com Seger (2002) a depressão associada à dor crônica se manifesta por um estado de desânimo, caracterizado pela perda de interesse da pessoa por tudo o que há no mundo

externo que não diga respeito ao seu sofrimento. Tal visão é congruente com a descrição de falta de interesse presente na depressão encontrada na CID-10.

Críticos da teoria que entende a dor crônica como um variante da depressão, afirmam que a mesma é um fator de risco da dor crônica e, que o humor depressivo é um significativo fator comórbido presente na vida desses pacientes. Na maioria dos casos, a depressão é consequente à dor crônica, podendo surgir até cinco anos após a instalação do quadro algico (Blackburn-Munro e Blackburn-Munro, 2001).

Também a mediação cognitiva é utilizada na tentativa de esclarecer a íntima relação da dor crônica com a depressão. Segundo esta vertente, pessoas com pobres estratégias de enfrentamento da dor são mais propensas a apresentar essa interação (*idem*).

O “Questionário de Estratégias de Enfrentamento da Dor”, instrumento composto de seis estratégias características que indivíduos com dor costumam utilizar para enfrentá-la, avalia de quais recursos cada pessoa, de acordo com suas crenças, valores e conhecimentos, se vale para se posicionar diante de sua situação de dor, se de forma ativa e colaborativa ou, ao contrário, de maneira passiva e, até, sabotadora dos tratamentos. (Seger, 2002)

Tais estratégias variam, podendo ser a catastrofização, a prática de orações, o desvio da atenção, quando se procura tirar o foco da condição dolorosa até o aumento das atividades comportamentais, buscando se envolver em tarefas e com pessoas para não se pensar na dor (*idem*).

Segundo Blackburn-Munro e Blackburn-Munro (2001), contrariando essas idéias, alguns autores afirmam não existir interação causal entre dor crônica e depressão pois, embora as mesmas tenham em comum mecanismos patogênicos, elas constituem condições clínicas distintas.

II -MEDOLOGIA UTILIZADA

II.1. CARACTERÍSTICAS E OBJETIVOS DA PESQUISA QUALITATIVA

Considerando o objeto de estudo dessa monografia, ou seja, a dor crônica e sua correlação com a depressão, como um fenômeno, e entendendo fenômeno como uma entidade que se mostra numa situação onde alguém “específico” o experiencia e descreve sob uma ótica particular, consonante unicamente com seu histórico de vida, a metodologia escolhida para a realização desse trabalho foi a pesquisa qualitativa.

A pesquisa qualitativa busca compreender de forma particular aquilo que estuda, não se preocupando com generalizações, princípios ou leis. Ela se interessa pelas qualidades essenciais do fenômeno estudado, colocando o foco da pesquisa no específico, peculiar, individual, sempre com o objetivo de compreender e não somente explicar os fenômenos estudados (Martins, 1988).

O objetivo dos estudos qualitativos é a obtenção de dados descritivos, segundo a perspectiva do pesquisado, resultantes da interação entre este e o pesquisador. Dessa forma, o pesquisador se torna sujeito ativo e participante, co-produtor das idéias, à medida que a pesquisa se desenvolve (Neves, 1996).

Na medida em que as técnicas e recursos utilizados em pesquisa podem não focalizar as características pesquisadas mais significativas, o alcance das qualidades essenciais dos fenômenos estudados não se dá, unicamente, pela via dos procedimentos lógicos e metodológicos, ficando na dependência da habilidade e intuitividade do pesquisador (Martins, 1988).

Confirmando a importância do papel do pesquisador na condução da pesquisa qualitativa, Gonzalez Rey (2002) diz que a pesquisa qualitativa, onde pesquisador e sujeito pesquisado são sujeitos ativos, faz surgir elementos que, embora não pensados a priori, se constituirão em dados relevantes para o trabalho.

A qualidade das informações obtidas fica na dependência da qualidade do contexto interativo e do tecido relacional da pesquisa, estando estes dependentes da motivação e do envolvimento dos participantes (pesquisador e pesquisados) (Gonzalez Rey, 2002).

Na pesquisa qualitativa, o pesquisador não concebe “a realidade”, mas possibilidades de múltiplas realidades. O acesso à realidade nunca é objetivo, e sim mais ou menos direto, permeado pela subjetividade dos envolvidos, em conformidade com o que é experienciado através dos sentidos. As diferentes percepções dos fenômenos é que serão os responsáveis pela produção de diferentes realidades (Martins, 1988).

Diferentemente da pesquisa quantitativa, voltada para enumeração ou mensuração de eventos, a pesquisa qualitativa substitui as correlações estatísticas pelas descrições individuais, e as conexões causais objetivas pelas interpretações subjetivas oriundas das experiências vividas (*idem*).

Com base em todas essas considerações, o estudo de caso é um tipo de procedimento muito utilizado na pesquisa qualitativa por possibilitar a obtenção de dados referentes à experiência subjetiva e particular do sujeito, facilitando uma discussão e uma compreensão mais profunda sobre o fenômeno pesquisado tal como é apresentado em seus relatos verbais.

II.2. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

II.2.1. Escolha do sujeito

Foi escolhido para sujeito dessa monografia, I.O., do sexo feminino, 52 anos de idade, divorciada, mãe de 05 filhos, cliente desde Fevereiro de 2003, da Clínica-Escola de Psicologia do CENFOR –UniCEUB, Centro de Formação Universitária do Centro Universitário de Brasília, tendo sido encaminhada pelo psiquiatra, com diagnóstico de depressão, para avaliação e acompanhamento psicológico.

Após os esclarecimentos verbais quanto à natureza e objetivo desse trabalho, I.O. prontamente aceitou participar do projeto e assinou o termo de consentimento livre e informado (Apêndice 1).

Durante o período de acompanhamento psicoterápico no CENFOR, I.O. já esteve sob os cuidados de outros estagiários em Psicologia, em abordagens distintas, e, no momento, vem

sendo atendida desde Fevereiro de 2006, pela estagiária, autora dessa monografia, na Clínica em Gestalt-terapia, sob a supervisão da orientadora desse trabalho.

I.O. tem um histórico de depressão e fibromialgia, esta última, uma síndrome dolorosa, caracterizada por dores no corpo inteiro em múltiplos pontos dolorosos à palpação (Kanner,1998). Também tem a mesma, um histórico de vida marcado por relações afetivas conflituosas desde a infância, sentimento de menos valia em relação à mãe, aos filhos e a outras pessoas de seu convívio. I.O. há algum tempo deixou de trabalhar, e consome seus dias das semanas percorrendo médicos, de instituições públicas, de várias especialidades, dentre elas, Clínica da Dor Crônica, Homeopatia, Acupuntura, Fisioterapia.

II.2.2. Coleta dos dados

Partindo da afirmativa de Pimenta (1994) e Kanner (1998), que sendo a dor uma experiência subjetiva e individual, ela só pode ser mensurada por meio do relato daquele que a sofre, foram utilizados, nesse trabalho, os seguintes instrumentos de coleta de dados: o primeiro, uma entrevista semi-estruturada (Apêndice 2), contendo perguntas abertas que, por meio do diálogo entre entrevistado e pesquisador, favoreceram a produção de dados descritivos que permitiram situar como o entrevistado descreve a sua percepção em relação ao seu quadro algico, no tempo passado e no presente; e o segundo é um instrumento constituído por frases incompletas, preenchidas pelo participante com as primeiras idéias que lhe afloraram à mente (Apêndice 3).

De acordo com Gonzalez Rey (2002), a pesquisa, onde pesquisador e participante se convertem em sujeitos ativos, não se limitando às perguntas formuladas, mas criando um espaço relacional interativo, produz diálogos formais e informais, ricos em idéias e experiências, propiciadores de uma ampla e profícua discussão.

A formulação da entrevista foi orientada pelo “Inventário para dor de Wisconsin” e pelo Inventário de Depressão de Beck. O Inventário de Wisconsin se presta a avaliar a intensidade da dor e o impacto que a mesma causa nas atividades diárias da pessoa, tais como humor, relações pessoais e familiares, sono, apetite, disposição para se movimentar e capacidade laborativa e de apreciação da vida (Pimenta, 1994), enquanto o de Beck se refere a sintomas e atitudes cognitivas associadas à depressão, tais como tristeza, pessimismo, falta de satisfação,

sentimento de culpa, fadiga, irritabilidade, interação social prejudicada, etc... (Santos e cols., 2003).

II.2.3. Análise dos dados obtidos

Após a realização da entrevista e sua posterior transcrição, foi realizada uma análise de conteúdo de acordo com o modelo proposto por Bardin (1979), no qual é feito, inicialmente, uma leitura flutuante das respostas fornecidas pelo sujeito. Segundo Bardin *apud* Ferreira, 2000, é a partir da leitura flutuante que surgirão as hipóteses, ainda que provisórias, relacionadas aos objetivos do trabalho e embasadas pela fundamentação teórica produzida.

O material analisado constituiu-se da transcrição do relato verbal do sujeito a respeito de sua dor e de suas vivências relacionadas a ela, produzido pela entrevista feita pela pesquisadora. Desse material transcrito surgiram os temas mais frequentes e de interesse da pesquisa, os quais foram agrupados em categorias de acordo com a semelhança de significados entre eles. A partir da análise dos elementos surgidos na complementação das frases foram coletadas informações subjetivas que complementaram os resultados da entrevista.

Segundo Neves (1996), a análise qualitativa dos discursos produzidos, possibilita uma melhor visualização do contexto em que o fenômeno pesquisado se dá, resultando numa melhor e mais ampliada compreensão da associação entre dor crônica e depressão, objeto de estudo desse trabalho.

III. RESULTADOS DA ANÁLISE DE CONTEÚDO

A análise do conteúdo da entrevista se deu a partir da leitura flutuante proposta por Bardin. Ao longo das várias re-leituras, buscando-se apreender o sentido do discurso, foram definidas as categorias, com as quais se trabalhou com o objetivo final de confirmar, refutar ou clarificar a hipótese principal desse trabalho que busca compreender como se estabelece a relação entre a experiência de dor crônica e a depressão.

3.1. Categoria 1 - A experiência de dor

Esta categoria refere-se a como o sujeito vivencia, apreende a sua experiência de dor.

Temas e verbalizações relacionados a esta categoria

1- A desesperança/ desespero frente à dor

IO. relata como é difícil e muitas vezes, desesperador, conviver com uma dor que não se esgota e, para a qual não se tem explicação clínica e nem cura.

Verbalizações:

“... as dores iam e voltavam... e estão até hoje... há mais ou menos 15 anos...”

“...os médicos dizem que é fibromialgia, que não tem cura ...”

“...os remédios são só para paliar, tenho que aprender a conviver com a dor...”

“... tem vezes que nem tomo remédio, deixo doer...”

“...no início era uma dor insuportável... esse ano, eu tenho muita dor, mas não entro em desespero como entrava ...”

“... tomava remédio e não fazia efeito... onde pegava em mim doía... era como se tudo tivesse ferido no meu corpo.”

“... Aí vem a dor e a depressão... eu ficava insuportável... o que vinha na minha cabeça é que se eu morresse ficava livre.”

“É muito triste você com dor... você sentir dor 24 horas é muito ruim...você acha que se morresse, esse seria o melhor caminho para você...”

“... a gente pensa... meu Deus, o que eu tenho, porque estou desse jeito, porque o médico não me dá um remédio que eu fico boa?...”

2- O sofrimento que a incompreensão dos outros em relação à sua dor lhe traz
 IO. fala como é doído não ter o apoio e a compreensão, sobretudo daqueles mais próximos, no caso, os filhos. O fato de seu quadro não ter um achado clínico faz com que, muitas vezes, as pessoas do seu convívio desclassifiquem o seu sofrimento.

Verbalizações:

“ ... é muito difícil você conviver... ninguém apóia você...”

“ ... você fala que está com dor e dizem que você pôs na sua cabeça que você está com dor, está doente...”

“ ... meus filhos falavam: ‘mãe, você colocou na cabeça que está com dor’...”

“... para falar a verdade, as pessoas de fora me dão mais apoio que os meus filhos... meus filhos para mim é pior do que uns estranhos...”

“... o único lugar que reclamo é na Psicóloga, porque para os meus filhos não adianta reclamar... para os vizinhos também não falo...”

3.2. Categoria 2: O impacto da dor na sua vida

Esta categoria identifica como a dor interfere nas atividades diárias do sujeito, incluindo a capacidade laborativa e as relações familiares e interpessoais.

Temas e verbalizações relacionados a esta categoria

1- O comprometimento da sua capacidade laborativa

IO. lamenta a sua falta de coragem, no sentido de não ter forças, para o seu antigo trabalho (ela trabalhava na construção civil) e também a sua limitação física para realização das tarefas domésticas.

Verbalizações:

“... deixo de fazer as coisas e passo o dia todo deitada... deixo tudo, não faço nada... vasilha suja, roupa suja...”

“... ontem lavei roupa e hoje estou toda moída... inflama tudo... a carne, os nervos...”

“ ...hoje, eu me sinto assim... morta... porque não tenho coragem sequer de fazer um prato de comida para mim...”

“... tenho um sentimento muito grande de ver o serviço e não ter coragem de fazer...”

“...eu sinto vontade de voltar a trabalhar , mas eu não tenho forças...”

2- Como o comportamento de dor interfere nas suas relações familiares e interpessoais

IO. reafirma em vários pontos da entrevista que se sente melhor quando está sozinha, embora, ainda assim, se sinta triste e chorosa. Fala também de como os aborrecimentos com as coisas, as pessoas e os filhos são capazes de desencadear a dor, preferindo por isso, muitas vezes, ficar isolada.

Verbalizações:

“...quando eu fico nervosa, passa a doer mais, aí vêm as dores... vem a dor de cabeça...”

“... se uma pessoa fala algo que me magoa... eu não sei se esse é o motivo... mas eu passo a sentir mais dor...”

“...eu me isolo... me sinto melhor...”

“...às vezes, fico trancada dentro de mim, não falo nada que estou sentindo...”

“...meus filhos só aparecem quando precisam de alguma coisa (dinheiro, crédito, cheque emprestado) ... aí eles não pagam e lá vou eu sofrer...”

“... já acostumei a ficar só...quando vai alguém lá em casa, não gosto de ouvir, quero ficar calada... me sinto ruim com uma pessoa do meu lado... eu prefiro ficar só...”

“...eu me sinto melhor na minha casa, sozinha...”

“... eu acho que, hoje, viver sozinha para mim... eu me sinto feliz...”

3.3. Categoria 3: Indícios de depressão

Esta categoria refere-se às atitudes e comportamentos apresentados pelo sujeito que sinalizam para um comportamento depressivo.

Temas e verbalizações relacionados a esta categoria

1 – Ausência de interesse e prazer pela vida

IO. em vários trechos da entrevista, fala da sua falta de prazer e de interesse por quaisquer coisas ou pessoas.

Verbalizações:

“... Para te falar a verdade, hoje eu não tenho prazer em fazer nada...”

“... tanta coisa que passei, não tenho prazer nem para sair... saio porque sou obrigada a sair... tem dia que se eu pudesse não saía de casa...”

“... hoje não tenho mais amor para fazer essas coisas (se referindo ao trabalho)...”

“... nem tenho amor a ninguém, nem a mim mesma...”

2-Sentimento de menos valia e abandono

IO. fala de como se sente pouco valorizada em relação à falta de atenção e carinho dos filhos e devido à sua incapacidade para o trabalho, em função das limitações que a dor lhe impõe.

Verbalizações:

“... eu sofri pelos meus filhos... eu criei eles sozinha e hoje, me sinto assim...sinto que eles (os filhos) não gostam de mim...”

“... hoje, eu sinto que não sou ninguém...”

“... tive 05 filhos e hoje não tenho nenhum ...”

“... e hoje eu estar na vida que eu estou... uma vida tão limitada... eu fico muito triste...”

“ ...gostaria que eles (os filhos) me dessem um pouco de carinho e atenção...”

“...gostaria de ter uma pessoa que me desse valor...”

“... uma hora me sinto triste e abandonada...”

3 – Presença de choro e humor deprimido

IO. relata em vários trechos da entrevista que são frequentes os episódios de choro e fala também da falta de alegria na vida..

Verbalizações:

“...eu nunca fui alegre na vida.”

“...às vezes... eu estou em casa sentindo dor, aí eu choro...”

“.. se não vai ninguém lá em casa, me chateio, começo a sentir dor e começo a chorar...”

“...é mais fácil chorar, deitar, chorar, me enrolar...”

“...estou tão sensível que tudo me aborrece... fico nervosa, choro...”

4 – A dificuldade para dormir

IO. reclama da dificuldade para dormir uma noite inteira, apesar de fazer uso de medicação.

Verbalizações:

“... hoje eu durmo a troco de remédio... tomo remédio e passo a noite todinha acordada...”

“... porque é uma dor que você não sabe o que faz....vai dormir, não consegue...”

“...tomo remédio todas as noites... durmo de 11 da noite até 1 da manhã e fico rolando na cama até 6:30h...”

“... se lavo uma roupa num dia, de noite não durmo de dor ...”

5 – Lamentações e fixações no passado

IO. ao longo de toda a entrevista, traça um paralelo entre o passado e o presente, evocando o passado, apesar do mesmo ter sido marcado por muito sofrimento envolvendo relações afetivas (mãe e marido).

Verbalizações:

“... para falar a verdade, todo mundo me chamava mulher-macho... descia dentro de poço, capinava lote... trabalhava das 7 da manhã às 10 da noite... era café pequeno para mim... eu enfrentava a minha vida... parecia que eu era uma mulher-de-ferro...”

“... quando eu me lembro, antigamente, quem era eu e hoje, eu estar na vida que estou...”

“... Meu Deus, quem era eu há 10 anos atrás, ninguém me via deitada, sentada... era lutando, batalhando... em cima de uma carroça, de um andaime...”

“... eu tenho vontade de voltar ao passado para ser como eu era, aquela mulher trabalhadeira...”

“...eu dormia numa boa... comigo não tinha esse negócio não... dormia direto... agora, hoje, não...”

“... eu tinha amor em fazer aquela profissão que aprendi, que era rejuntar...”

IV. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Percebe-se pelo discurso do sujeito que toda a sua atenção está voltada para o seu sofrimento, decorrente da experiência dolorosa somada às suas dificuldades pessoais. Ao dispor de poucos recursos de enfrentamento da dor, IO. parece transformar suas dores na razão de seu viver. Segundo Fortes (1999) e Ramos (2005), em casos em que as pessoas adotam essa estratégia de enfrentamento, a intensidade de seu sofrimento fica amplificada e a doença passa a ser maior que a própria pessoa.

O sujeito desse trabalho, fundamentalmente, tem como estratégia de enfrentamento da sua condição dolorosa a catastrofização da dor. De acordo com Seger (2002), indivíduos que enfrentam a dor dessa forma, o fazem se dedicando a cultivar essencialmente pensamentos negativos a cerca de sua condição de saúde. Para essas pessoas, a vivência do fenômeno doloroso é insuportável e a morte é tida como sendo o melhor caminho para livrá-lo daquele sofrimento.

A presença da estratégia da catastrofização da dor no discurso de IO. pode ser verificada em algumas verbalizações constantes do tema 1 da categoria 1: “... aí vem a dor e a depressão... o que vinha na minha cabeça é que se eu morresse ficava livre...”; “...é muito triste você com dor... você acha que se morresse, esse seria o melhor caminho para você...”; “... no início era uma dor insuportável...”

IO. se ressentia por não se sentir compreendida por seus filhos, no que se refere à sua dor. Seu discurso mostra de forma cristalina como é doído para ela não se sentir amada e cuidada pelos filhos. Falas como “... para falar a verdade, as pessoas de fora me dão mais apoio que os meus filhos... meus filhos para mim é pior do que uns estranhos...”, “... eu sofri pelos meus filhos... eu criei eles sozinha e hoje, me sinto assim... sinto que eles (os filhos) não gostam de mim...” e “... tive 05 filhos e hoje não tenho nenhum...”, demonstram os sentimentos de falta de apoio e abandono presentes na sua alma. Portnoi (2001), afirma ser comum, pacientes portadores de fibromialgia se lamentarem do descrédito social de que são vítimas, devido à falta de informações sobre a doença, por parte daqueles com as quais eles convivem.

Com relação ao impacto da dor na sua vida, IO. por meio das verbalizações dos temas 1 e 2 da categoria 2, deixa claro o quanto a dor interfere nas suas atividades, comprometendo a sua capacidade laboral e as suas relações familiares e interpessoais. Turner e cols. (2002), apontam para uma significativa associação entre a catastrofização e o aumento da

intensidade da dor e da disfunção física e psicossocial em pacientes com dores crônicas decorrentes de várias condições clínicas diferentes, entre elas, a fibromialgia, diagnóstico médico dado à condição clínica de IO. Para esses autores, elevados níveis de dor têm sido associados a maior sofrimento psíquico e a maior incapacidade funcional.

IO. ao mobilizar grande parte de sua atenção e energia para a vivência do fenômeno doloroso, acaba criando condições para que as dificuldades e contrariedades da sua vida pessoal atuem como fatores agravantes de sua dor. Isso fica claro nas verbalizações do tema 2 da categoria 2, quando IO. fala que aborrecimentos com os filhos, pessoas ou fatos, fazem com que ela sinta mais dores. Na opinião de alguns autores (Seger, 2002, Fortes, 1999, Perissinoti, 2001), embora os fatores psicoafetivos não estejam presentes, diretamente, na etiologia da dor, esta é fortemente influenciada pelos mesmos, havendo uma correlação positiva entre intensidade da dor e a presença dos referidos fatores.

Esta íntima relação entre aborrecimentos e agravamento das dores levam IO. a se isolar dos filhos e das pessoas, embora tal atitude também não lhe garanta uma sensação de bem-estar. IO. parece ter desenvolvido uma relação ambígua de dependência com os filhos. Ao mesmo tempo em que IO. diz que prefere ficar só, pois se sente melhor, ela diz que se sente triste e abandonada. Quando questionada quanto à frequência do choro, IO. disse o seguinte: “... não vai ninguém lá em casa, me chateio, começo a sentir dor e começo a chorar... tive 05 filhos e hoje não tenho nenhum...” Segundo Cukierman (2001), é comum em pacientes com quadros de dores crônicas, o estabelecimento de relações de forte ambivalência e de dependência.

Em alguns pontos do discurso de IO. transparece a ambigüidade de sentimentos em relação aos filhos. Ao mesmo tempo em que ela clama pela atenção dos mesmos e se preocupa com eles, na complementação das frases, sobre algo que “não gostaria” ela diz o seguinte: “Não gostaria de *ter tido os meus filhos*”.

Portnoi (2001), em trabalho com grupos operativos com mulheres com fibromialgia, com idades variando entre 25 –54 anos, relata que as figuras femininas, sobretudo, a figura materna, e os relacionamentos com os filhos foram alvo de muitas discussões, incluindo a educação recebida e a própria preocupação com a educação dos filhos.

Durante todo o seu discurso, IO. fala de suas dores físicas, psíquicas e dos múltiplos comprometimentos que as mesmas trazem à sua vida. Assim é que, hoje, IO. não mais desempenha a profissão do passado, nem consegue cuidar de sua casa como gostaria, não mais

tem prazer em estar com os filhos ou com quaisquer outras pessoas, não mais dorme direito, se sente abandonada e pouco valorizada, vive lamentando e evocando o passado e buscando “aprender a conviver com a dor”.

O parágrafo imediatamente anterior, pode ser visto sob dois enfoques. Um enfoque é o da psicopatologia organicista que busca enquadrar o indivíduo, a partir dos sintomas apresentados, em algum manual de classificação dos transtornos mentais e de comportamento, como, por exemplo a CID-10.

De um outro ponto de vista, o mesmo parágrafo remete a Angerami-Camon (2003), quando o mesmo sugere que a depressão seja pensada, não como uma entidade nosológica caracterizada pelos comprometimentos citados acima, mas como um fenômeno humano, representativo de um momento da vida do sujeito, que muitas vezes, está exercendo a função de defesa frente à dificuldade que esse sujeito tem em enfrentar as vicissitudes da vida.

No caso em estudo, esse momento da vida já dura há pelo menos 15 anos. IO. em meio à sua simplicidade, fala de forma transparente, sem reservas, às vezes, até de forma controvertida e contundente, de suas insatisfações, tristezas, desejos, projetos futuros...

Quando questionada sobre interesses e prazeres na vida, IO. deixa bem claro os seus sentimentos nos seguintes recortes de seu discurso: “... para te falar a verdade, hoje não tenho prazer em fazer nada...” , “... nem tenho amor a ninguém, nem a mim...” e “...eu nunca fui alegre na vida...” Segundo Seger (2002), a depressão associada à dor crônica se manifesta por um desinteresse por tudo aquilo que não diga respeito ao seu sofrimento, colocando todo o foco de sua atenção na sua condição algica.

Com relação à falta de prazeres na vida, Lima, Mendonça Filho e Diniz (1994) *apud* Santos e Sebastiani (2003) afirmam que a vida de uma pessoa portadora de uma doença crônica pode passar a ser vivida em função da doença, com o mundo tornando-se sem atrativos, vazio, desinteressante e pobre. A pessoa é tomada de um profundo desânimo, impeditivo de toda e qualquer atividade.

IO. traz uma história de vida recheada de sofrimentos, iniciados lá na infância, na relação com a mãe, e perpetuados, ao longo dos anos, na relação com o marido e com os filhos, já adultos. Isto se faz evidente nas verbalizações “... sofri muito com a minha mãe, saí de casa com 13 anos... casei, aí foi dobrado o sofrimento...”, “...gostaria que eles (os filhos) me dessem um pouco de carinho e atenção...”, “...gostaria de ter uma pessoa que me desse valor...”.

Engel (1959) *apud* Birket-Smith, 2001 e Loducca, 2001, propõe que pessoas marcadas por situações de abuso ou negligência na infância, tenderiam a estabelecer, na idade adulta, relações masoquistas, em que a dor seria uma forma de defesa psicológica. Loducca (2001), fazendo uma releitura de Engel, postula que a dor não pode ser entendida como o resultado de uma etiologia linear de causa-efeito, visto que o ser humano e suas manifestações só podem ser entendidos dentro de uma visão abrangente que contemple os aspectos emocionais, cognitivos, comportamentais e sócio-culturais da existência humana.

Dentro deste enfoque, é possível especular que a forma como IO. vivencia seu fenômeno doloroso tem uma relação estreita com a forma como a mesma foi se organizando, à medida que as suas experiências foram se dando nos diversos contextos relacionais. De acordo com Silva (2004), a constituição emocional básica do sujeito deixa no corpo marcas que definem e organizam as diferentes formas de pensar, sentir, falar e agir.

Segundo Macieira (2001), o adoecimento tem um simbolismo que reflete a história de vida da pessoa, englobando os registros que a vida deixou no seu corpo e as crenças por ela introjetadas.

Do ponto de vista metafísico, pode-se pensar que o adoecimento de IO., sob a forma de dores crônicas, é uma forma física de expressão dos seus conflitos, e o entendimento desse simbolismo, é um possível caminho para a sua cura (Dethlefson e Dahlke, 1997).

Nas verbalizações constantes dos temas 2 e 3 da categoria 3, que falam respectivamente, do sentimento de menos valia e abandono e da presença de choro e humor deprimido, aparecem o sofrimento de IO. por não se sentir amada e cuidada pelos filhos, e a falta de alegria na vida. A Teoria Comportamental afirma que o comportamento de dor obedece às mesmas leis do condicionamento operante de quaisquer outros comportamentos, ou seja, se seguido de reforços positivos, ele se mantém, ao que a autora dessa monografia se questiona: qual o ganho de IO. no seu comportamento de dor, se o que ela mais deseja, o amor dos seus filhos, ela não consegue? Se, muito antes de conseguir esse amor, as suas queixas de dor tendem a afastar seus filhos da mesma?

As verbalizações do tema 05 da categoria 03 mostram uma pessoa que evoca o passado, fazendo um contra-ponto com o presente sofrido, não obstante, o passado também não tenha sido um tempo de muitas alegrias. IO. se refere ao passado como um tempo de muitos sofrimentos com a mãe e com o marido, porém, naquele tempo ela desfrutava de saúde e

“coragem”, no sentido de força, para enfrentar a sua vida e desempenhar o seu papel social de mãe e profissional.

Retomando Angerami-Camon (2003), quando ele fala do nostálgico, que vive das reminiscências de um passado bom, com o objetivo de atenuar as dores do presente, impedindo a sua desestruturação, pode-se inferir que IO. evoca a parte salutar de seu passado, em que ela gozava de saúde e condições físicas para cuidar de si e dos seus filhos.

Santos e Sebastiani (2003), apontam que a doença crônica leva o indivíduo a vivenciar o luto pelas perdas que a doença lhe impõe, tais como a perda da condição saudável, a perda da capacidade de relacionar-se satisfatoriamente com o outro, a perda da autonomia, da auto-estima,...

Segundo Lima, Mendonça Filho e Diniz (1994) *apud* Santos e Sebastiani (2003, p.152), “ as perdas sentidas como definitivas, impostas como conseqüências da doença, são traduzidas por uma privação no nível do funcionamento e do prazer corporal. Muitas vezes essas perdas são equivalentes à perda de um objeto de amor e acarretam as mesma reações de luto.”

Angerami-Camon (2003), também cita o luto como uma das três formas de manifestação da depressão. Segundo esse autor, o luto é a dor sentida pelas perdas vividas, podendo ser perdas afetivas, materiais e, em se tratando de doenças, perda da saúde.

Há uma controvérsia, entre os muitos autores, quanto à forma como se dá a interrelação dor crônica-depressão. O que se observa na prática clínica é que em 50% dos casos de dores crônicas há uma comorbidade entre esta e a depressão, com uma correlação positiva entre a severidade da dor crônica e elevados níveis de depressão e que, pacientes com histórico de depressão são mais propensos aos quadros de dores crônicas, por uma alteração na forma de percepção da dor. Outros autores afirmam que dor crônica e depressão são condições clínicas distintas, não existindo uma relação causal entre elas. (Blackburn-Munro e Blackburn-Munro, 2001, Birket-Smith, 2001)

Embora nenhum dos autores pesquisados pela autora dessa monografia, afirme categoricamente se a depressão é causa ou conseqüência da dor crônica, Blackburn-Munro e Blackburn-Munro (2001) dizem que na maioria dos casos, a depressão é conseqüente à dor crônica, podendo surgir até cinco anos após o surgimento do fenômeno doloroso.

CONCLUSÕES

A partir da realização desse trabalho, pode-se observar, no caso analisado, a presença de vários aspectos relacionados à experiência do fenômeno doloroso crônico, apontados na fundamentação teórica tomada como referencial para a discussão dos resultados.

Considerando a forma como o sujeito estudado vivencia a sua experiência de dor, percebe-se que o seu adoecimento se faz presente, de um lado, pelo sofrimento físico, representado pelas dores em múltiplos pontos do corpo e, por outro, pelo sofrimento psíquico, manifesto nos sintomas depressivos. Desta consideração, é possível observar uma manifestação macromicro do ser psicossoma em que o sujeito se constitui.

Para cada tema das categorias avaliadas foram encontradas considerações teóricas, que em alguma medida, confirmaram o conteúdo das falas do sujeito. A exceção fica por conta do questionamento da autora dessa monografia quanto aos ganhos secundários ou primários obtidos pelo sujeito com o seu comportamento de dor. Porém, de alguma maneira, curar-se para algumas pessoas, pode significar a perda da única fonte de atenção que lhes resta, aquela que vem dos profissionais da saúde que assistem-na.

Coelho (1993), a respeito de uma doença, evoluir ou não para a cronicidade, observa que isto depende da capacidade emocional do paciente na elaboração do luto pela condição anterior de sadio e sua conseqüente adaptação à nova situação.

Quanto a essa adaptação ao processo crônico de adoecimento, Fortes (1999), afirma que pacientes com dificuldades de elaboração e expressão da raiva tendem a assumir posições submissas nas suas relações interpessoais e com isso apresentam maiores níveis de dor, maior comprometimento funcional e quadro depressivo mais significativo.

Com base nos dados obtidos na entrevista, é possível questionar se a pessoa pesquisada, nas relações estabelecidas, primeiro com a mãe, depois com o marido e os filhos não assumiu uma posição submissa, impeditiva do exercício de sua assertividade, predispondo-a ao quadro álgico do presente.

Pode-se pensar que o bloqueio das expressões afetivas e da agressividade frente aos fatos da vida, podem fazer com que os indivíduos, não podendo agredir o outro, agredam a si mesmos, por meio das dores crônicas, sobretudo aquelas para as quais não se tem uma explicação clínica.

Pelo histórico de vida do sujeito, marcado por sofrimentos iniciados lá na infância, é possível inferir que ele dispõe de poucos recursos de enfrentamento da dor, além de não poder contar com uma rede familiar e social de apoio, restando à mesma o apoio encontrado nas várias clínicas médicas percorridas e na psicoterapia.

Os fatores psicossociais presentes na vida dos indivíduos agem potencializando as dores do corpo e dificultando a recuperação do organismo frente às terapêuticas empreendidas. Dito de outra forma, as dores da vida, os afetos perdidos, exacerbam as dores físicas e impedem o restabelecimento do equilíbrio orgânico.

Parece haver uma substituição da dor emocional, decorrente das perdas afetivas, pela dor física, mais fácil de ser suportada por aquele que a sofre e mais aceita pelo outro.

Na complementação das frases, o sujeito deixa emergir os seus sonhos e projetos futuros, a despeito de todo o sofrimento passado e atual, vividos ao longo de sua existência. Frases como “Gostaria muito de ainda ter uma casa pequenininha e uma pessoa que me desse valor” ou “Um sonho que espero realizar é ser feliz no amor”, denotam a presença de um instinto maior, o instinto de auto-preservação, próprio do ser humano (Ribeiro, 1997).

Segundo Rogers (1961) *apud* Schultz e Schultz (2000), o ser humano é dotado de um impulso orientado para a auto-realização. Embora esse impulso seja inato, ele pode ser prejudicado ou favorecido pelas experiências da infância e pela aprendizagem. Seguindo esse raciocínio, a autora desse trabalho depreende que o sujeito analisado teve seu processo de desenvolvimento, rumo à auto-realização, sabotado pelas suas experiências de vida.

Porém, apesar disso, num esforço próprio do humano, ele vem lutando, como pode ser verificado pelas suas próprias palavras, “... eu luto para poder viver... eu procuro médico... eu tenho esperança de ficar boa...”.

Do exposto, a autora desse trabalho conclui que as dores crônicas, assim como todo e qualquer processo de adoecimento só pode ser entendida e abordada dentro de uma perspectiva holística, que contemple os muitos aspectos constitutivos do ser humano. Que o homem tem um rico potencial de crescimento dentro de si, que, se devidamente cuidado e amado, chegará a concretizá-lo.

Embora o sujeito da pesquisa tenha sido encaminhado à Clínica de Psicologia do CENFOR com um diagnóstico de depressão, não é possível afirmar se sua depressão é causa ou

conseqüência da dor crônica. O fato é que elas coexistem no seu processo de adoecimento, numa relação simbiótica, em que uma atua na perpetuação da outra, mutuamente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

01. ANDRADE, C. L. (2002). A dor e o processo emocional. Em VALDEMAR AUGUSTO ANGERAMI-CAMON (org.), Urgências psicológicas no hospital. (pp. 101-121). São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
02. ANGELOTTI, G. (2001). Dor Crônica: aspectos biológicos, psicológicos e sociais. Em VALDEMAR AUGUSTO ANGERAMI-CAMON (org.), Psicossomática e a psicologia da dor. (pp. 113-126). São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
03. ANGELOTTI, G. (2001). Dor Pélvica. Aspectos psicológicos. Em Arquivos do 5º Simbodor 2001. (p. 164). São Paulo.
04. ANGERAMI - CAMON, V.A. (org.). (2001) Psicossomática e a psicologia da dor. São Paulo, Pioneira Thomson Learning.
05. ANGERAMI - CAMON, V.A.(org.). (2001). Depressão e psicossomática. São Paulo, Pioneira Thomson Learning.
06. ANGERAMI - CAMON, V. A. (2003). Temas existenciais em psicoterapia. São Paulo, Pioneira Thomson Learning.
07. BARDIN, L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 1979, citado por FERREIRA, B. W., Análise de conteúdo. Revista Aletheia, 11, 13-20, Jan/Jun 2000.
08. BERLINCK, M. T. (org.). (1999). Dor. São Paulo, Escuta.
09. BERGEL, R. H. (2001). Psicossomática e a dor crônica. Em Arquivos do 5º Simbodor 2001. (pp. 176-177). São Paulo.
10. BIRKET-SMITH, M. (2001). Somatization and chronic pain. Acta Anaesthesiologica Scandinavica 45, 1114-1120.
11. BLACKBURN-MUNRO G. & BLACK-BURN-MUNRO R. E. (2001). Chronic pain, chronic stress and depression: coincidence or consequence? Journal of Neuroendocrinology, 13, 1009-1023.
12. CABRAL, A . & NICK, E. (2001). Dicionário Técnico de Psicologia. São Paulo, Editora Cultrix. 11ª Ed.
13. CARVALHO, M. M. M. J. (org.). (1999). Dor: um estudo multidisciplinar. São Paulo, Summus Editorial. 2ª Ed.

14. CARVALHO, M. M. (2002). Psico-Oncologia: história, características e desafios. Psicologia USP, 13, 151 – 166.
15. COELHO, M. O. (2001). A dor da perda da saúde. Em VALDEMAR AUGUSTO ANGERAMI-CAMON (org.), Psicossomática e a psicologia da dor. (pp. 69-91). São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
16. CUKIERMAN, J.G. (2001). Avaliação e tratamento psiquiátrico do doente com dor crônica. Em Arquivos do 5º Simbodor 2001. (pp. 166-171). São Paulo.
17. DETHLEFSON, T. e DAKLKE, R. (1997). A doença como caminho. São Paulo: Cultrix.
18. FEIJOO, A. M. (2001). A vivência depressiva e a psicoterapia. Em VALDEMAR AUGUSTO ANGERAMI-CAMON (org.), Depressão e psicossomática. (pp. 117-145). São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
19. FERREIRA, B. W. (2000). Análise de conteúdo. Aletheia, 11, 13-20.
20. FIGUEIRÓ, J. e TEIXEIRA, M. J. (1994). Aspectos psicossociais relacionados à dor. Em Master Dor Fascículo 1. São Paulo. (pp. 63-69).
21. FORTES, S. L. (1999). A saúde mental na assistência aos pacientes com dor crônica. Em RENAUD ALVES MENEZES, Síndromes dolorosas: diagnóstico, terapêutica, saúde física e mental. (pp. 23-28). Rio de Janeiro: Livr. Edit. Revinter.
22. GONZALEZ REY, F. L. (2002). Pesquisa qualitativa em Psicologia: caminhos e desafios. (Marcel A. Ferrada Silva, trad.). São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
23. HERZLICH, C. (1991). A problemática da representação social e sua utilidade no campo da doença. PHYSIS – Revista de Saúde Coletiva 1, (2). 23-34.
24. KANNER, R. (1998). Segredos em clínica de dor: respostas necessárias ao dia-a-dia em rounds na clínica, em exames orais e escritos. (Eliézer Silva, José Paulo Drummond, trad.). Porto Alegre: Artes Médicas (Trabalho original publicado em 1997).
25. LAROUSSE CULTURAL. (1992). Dicionário da Língua Portuguesa. São Paulo, Ed. Nova Cultural.
26. LODUCCA, A. (2001). Estratégias psicodramáticas para o doente com dor crônica. Em Arquivos do 5º Simbodor 2001. (pp. 172-175). São Paulo.
27. MACIEIRA, R. C. (2001). O sentido da vida na experiência de morte: uma visão transpessoal em Psico-oncologia. São Paulo, Casa do Psicólogo.

28. MARTINS, J. e BICUDO, M. A . V. (1988). A pesquisa qualitativa em Psicologia – Fundamentos e recursos básicos. São Paulo, Ed. Moraes.
29. MENEZES, R. A. (1999). Síndromes dolorosas: diagnóstico, terapêutica, saúde física e mental. Rio de Janeiro, Livr. Edit. Revinter.
30. NASIO, J.-D. (1997). O livro da dor e do amor. (Lucy Magalhães, trad.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. (Trabalho original publicado em 1996).
31. NEVES, J. L. (1996). Pesquisa qualitativa – Características, usos e possibilidades. Caderno de pesquisas em Administração,1,(3). 1-5.
32. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (1992). Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. (Dorgival Caetano, trad.). Porto Alegre, Artes Médicas, 1993.
33. PERISSINOTTI, D. M. N. (2001). Dinâmica psicológica do doente com dor muscular. Em Arquivos do 5º Simbidor 2001. (pp. 181-182). São Paulo.
34. PIMENTA, C. A .M. (1994). Escalas de avaliação de dor. Em Master Dor fascículo 1. (pp.71-86). São Paulo.
35. PORTNOI, A . G. & SEGER, L. (2002). Dor: um enfoque multidisciplinar. Em LILIANA SERGER e cols., Psicologia – Odontologia: uma abordagem integradora. São Paulo, Santos Livraria e Editora. 4ª Ed.
36. PORTNOI, A . G. (2001). Grupos operativos. Uma experiência em dor. Em Arquivos do 5º Simbidor 2001. (pp.178-180). São Paulo.
37. RAMOS, M. B. B. (1998). Macro micro: a ciência do sentir: uma visão revolucionária do ser humano, a partir da física quântica, da teoria da relatividade, da psicanálise, da biologia e das artes. Rio de Janeiro, Mauad.
38. RAMOS, M. B. B. e WINTER. A . H. V. (2005). A fronteira do adoecer: o sentir e a psicossomática. Rio de Janeiro, Mauad.
39. RIECHELMANN, J.C. (2001). Psicossomática e a mulher dolorida: interface objetividade/subjetividade das dores do ser mulher. Em VALDEMAR AUGUSTO ANGERAMI-CAMON (org.), Psicossomática e a psicologia da dor. (pp. 33-51). São Paulo: Pioneira Thomson Learning.

40. ROCHA, R. L. (2001). Aspectos psicológicos em pacientes com dor crônica. Em VALDEMAR AUGUSTO ANGERAMI-CAMON (org.), Psicossomática e a psicologia da dor. (pp. 131-146). São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
41. RIBEIRO, J. P. (1997). O ciclo do contato: temas básicos na abordagem gestáltica. São Paulo, Summus Editorial, 2ª Ed.
42. SANTOS, C. T. e SEBASTIANI, R. W. (2003). Acompanhamento psicológico à pessoa portadora de doença crônica. Em VALDEMAR AUGUSTO ANGERAMI-CAMON (org.), E a Psicologia entrou no hospital. (pp. 147-176). São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
43. SANTOS T. M. e cols. (2003). Aplicação de um instrumento de avaliação de depressão em universitários do interior paulista durante a graduação em Enfermagem. Acta Scientiarum. Health Sciences,25, (2), 171-176.
44. SEGER, L. e cols. (2002). Psicologia e Odontologia – Uma abordagem integradora. São Paulo, Santos Livraria e Editora, 4ª Ed.
45. SHARP, T. J. (2001). Chronic pain: a reformulation of the cognitive-behavioural model. Behaviour Research and Therapy, 39, 787-800.
46. SCHULTZ, D. P. e SCHULTZ, S. E. (2000). História da Psicologia Moderna. (Adail U. Sobral e Maria S. Gonçalves, trad.). São Paulo, Ed. Cultrix.
47. SILVA, M.L.T. (2004). Nesse corpo tem gente! Um olhar para a humanização do nosso corpo. São Paulo, Casa do Psicólogo.
48. SOUSA, F. A .E. .M. e SILVA, J. A . (2005). Mensurando dor. Revista dor: pesquisa, clínica e terapêutica, 6, 680-687.
49. TEIXEIRA, M. J. e PIMENTA, C. A . M.(1994). Introdução. Em Master Dor Fascículo 1. (pp. 11-20). São Paulo.
50. TEIXEIRA, M. J. e PIMENTA, C. A .M. (1994). Epidemiologia da dor. Em Master Dor Fascículo 1. (pp.87-94). São Paulo.
51. TEIXEIRA, M. J. e FIGUEIRÓ, J. A .(2001). Dor: epidemiologia, fisiopatologia, avaliação, síndromes dolorosas e tratamento. São Paulo, Grupo Editorial Moreira Jr.
52. TURNER, J. A . e cols. (2002). Catastrophizing is associated with pain intensity, psychological distress, and pain-related disability among individuals with chronic pain after spinal cord injury. Pain, 98, 127-134.

53. WINTER, T. R. (1997). O enigma da doença: uma conversa à luz da psicossomática contemporânea. São Paulo, Casa do Psicólogo.

APÊNDICES

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO

Eu, Cynthia Ramos Silva, aluna regularmente matriculada na disciplina Monografia, do 10º semestre do curso de Psicologia do UniCEUB, convidopara participar como voluntária do projeto de pesquisa “A Interrelação entre Dor Crônica e Depressão”, cujos dados obtidos serão utilizados na produção de uma Monografia, a ser apresentada como trabalho de conclusão do curso de graduação em Psicologia.

A pesquisa que constará de entrevista psicológica e aplicação de um questionário, tem por objetivo demonstrar a correlação existente entre dor crônica e depressão, contribuindo assim para o aprofundamento do tema em questão. A entrevista será gravada, sendo garantido à participante o caráter sigiloso das informações, bem como, o direito de desistência de sua participação em qualquer etapa do processo, sem prejuízo para o mesmo.

Eu,, RG nº, declaro ter sido informada e esclarecida quanto aos propósitos desse projeto de pesquisa e concordo em participar como voluntária do mesmo, desde que minha identidade seja preservada.

Brasília, DF, 06 de Maio de 2006.

Voluntária

Cynthia Ramos Silva

ROTEIRO DE ENTREVISTA

1 – Fale-me sobre quando e como começaram suas dores. Você tem um diagnóstico médico, que diga o que você tem?

2 – Você já fez muitos tratamentos? Fale-me sobre eles.

3 – Fale-me dos resultados obtidos com esses tratamentos.

4 – Você consegue identificar situação (s) ou acontecimento(s) em que sua dor piora?

5 – E, em que situação (s) ela melhora?

6 – Como a dor interfere /mexe com a sua vida?

1 - Com as suas atividades diárias? Ela impede você fazer alguma coisa? Impede você de caminhar? A sua vida, antes das dores, era diferente?

2 – E o seu humor, os seus sentimentos (tristeza, alegria, ...) ... como estão?

3 – Você consegue trabalhar, como fazia no passado? Consegue resolver as coisas que precisa?

4 - Você dorme tão bem como costumava?

5 –E as coisas que te dão prazer? São as mesmas de sempre? O que lhe interessa, na sua vida de hoje?

6 – Fale-me das suas relações com os familiares, filhos, amigos,... como você se sente em relação a eles?

7– Como você se sente quando pensa no seu futuro?

8 – E quando pensa no passado? Faria algo diferente?

9 – O que a dor representa/ significa para você, para a sua vida?

10 – Fale-me como a Psicoterapia tem ajudado você na convivência com a dor.

COMPLEMENTAÇÃO DE FRASES

Um tempo bom na sua vida *quando tinha saúde*

Incomoda muito *a ingratidão dos meus filhos*

Não gostaria de ter perdido *um marido bom que troquei por outro*

Um desejo de muito tempo *ser feliz na vida*

Gostaria muito de ter tido na vida *paz*

Uma grande alegria que teve na vida *eu nunca fui alegre na vida*

Gostaria muito de ainda fazer *ter uma casa pequenininha e uma pessoa que me desse valor*

Minha maior preocupação *os filhos*

Fico triste quando *meus filhos fazem coisas erradas*

Gostaria de saber *???*

Meu maior medo *uma pessoa entrar na minha casa à noite*

Sofro por causa *dos meus filhos e por causa da saúde que não tenho mais*

Meus filhos *gostaria que eles deixassem de beber, fossem trabalhar e deixassem de brigar com suas mulheres*

Um sonho que espera realizar *ser feliz no amor*

Não gostaria de ter tido *os filhos*

Espera dos filhos *gostaria que eles me dessem um pouco de carinho e atenção*