

FIBROMIALGIA E O SÍNDROME DA DOR CRÓNICA

(2003)

Trabalho de licenciatura em Psicologia

Maria de Fátima Oliveira

Cristina Camões

Finalistas da Licenciatura de Psicologia pela Universidade Lusíada

Email:

fa.oliveira@clix.pt

RESUMO

O nosso trabalho pretende na medida do possível tentar abrir um pouco o véu que cobre a Fibromialgia.

A primeira parte do trabalho remete-nos para a definição de Fibromialgia, numa perspectiva médica, apresentando-a como uma síndrome dolorosa crónica, não inflamatória, caracterizada pela presença de dor músculo-esquelética difusa, acompanhada pela palpação de múltiplos pontos dolorosos “tender points”.

Numa segunda parte do trabalho apresentamos a Psicologia, como ponto fulcral na mudança de comportamentos a adoptar por estes pacientes. Esta apresenta-se sobre a forma de um modelo holístico, que enquadra todas as esferas do paciente: biológica, psicológica e social.

Acometemos também para o papel do psicólogo, e o seu contributo para a melhoria das condições de vida destes pacientes.

Palavras-chave: Fibromialgia, dor crónica, psicólogo, saúde

INTRODUÇÃO HISTÓRICA

Primeiros modelos de descrição da Dor

Descartes, foi o primeiro a descrever a dor como uma resposta a um estímulo doloroso, perante este, o cérebro detecta a sensação dolorosa.

Em 1895 *Von Frey*, desenvolveu a *teoria da especificidade da dor*, reflectindo-se numa resposta automática a um factor externo, sendo que o ser humano possui receptores sensíveis a estímulos específicos, por exemplo, a sensação de dor ao queimar o dedo.

Em 1920 *Goldschneider*, desenvolveu a *teoria do padrão*, resumindo-se também à perspectiva de que a sensação de dor resultaria de uma comunicação directa entre o cérebro e as áreas afectadas pela dor.

De acordo com estas teorias a dor era considerada uma resposta automática a estímulos externos ao organismo, que a provocariam, sendo assim uma dor psicogénica (uma produção da mente do paciente) e por outro lado orgânica (uma reacção capaz de ser observável aos outros).

A psicologia como nova alternativa no tratamento da dor

A partir do séc. XX, a psicologia viria a desempenhar um papel determinante no tratamento da dor.

Ao contrário das anteriores teorias, descobriu-se que a farmacologia ou até mesmo cirurgia, só actuavam em dores consideradas agudas, sendo tratamentos inefáveis no tratamento da dor crónica. Desta forma, e na sequência de mudanças sociais e políticas, nomeadamente com a II Guerra Mundial, *Beecher*, desenvolveu um estudo sobre a dor. Observou que, apesar dos soldados terem ferimentos semelhantes aos civis, estes solicitavam medicação para atenuação da dor em muito maior número do que os soldados.

Daqui concluiu que os soldados atribuíam uma conotação positiva à sua dor, uma vez que para eles esta significava o final da Guerra. Sendo que esta conotação positiva servia de mediadora da sensação de dor.

A Realidade da Assistência Médica em Portugal no Âmbito da Dor

No que diz respeito à dor crónica, em Portugal, e segundo um estudo efectuado, existiam unidades funcionais com actividade em dor crónica em 39% dos Hospitais do território continental, mas apenas 16% (15 Hospitais) possuíam verdadeiras Unidades de Dor Crónica, e nenhum possuía Unidades de Dor Crónica de Nível III, isto é, unidades em que se realizasse

investigação científica e formação pré e pós-graduada, estando integrada ou afiliada a instituição de investigação ou universitária.

Quanto à dor aguda, apenas 25 dos 90 hospitais que responderam ao inquérito possuíam unidades de dor aguda, tal como são definidas a nível europeu, e em apenas 16 destas unidades existiam protocolos de actuação terapêutica e a possibilidade de utilização de terapêuticas não convencionais.

A importância da Dor Crónica

Não existem estudos científicos que permitam conhecer a prevalência da dor crónica na população portuguesa e a sua importância em termos sociais ou económicos. Existem contudo alguns estudos realizados noutros países da União Europeia que permitem tirar algumas ilações.

Na Holanda, um país com cerca de 15 milhões de habitantes, um inquérito efectuado a 5.400 crianças e adolescentes até aos 18 anos de idade revelou que 25% tinham tido alguma vez dor crónica (dor recorrente ou contínua durante mais de 3 meses), e destes 1/3 tinha dores frequentes e intensas.

Neste país, em 1996, a prevalência de dor cervical na população em geral era de 10 a 15%, implicando um gasto de quase 160 milhões de contos em despesas de saúde só nesse ano, o que representa 1% do total gasto com cuidados de saúde e 0,1% do PIB holandês.

Nesse mesmo estudo verificou-se que o número total de dias de incapacidade para o trabalho devido a dor cervical durante o ano de 1996 foi de 1,4 milhões de dias de trabalho. Já em 1991, também na Holanda, calcula-se que as dores lombares tenham representado um custo total para o país de 1.150 milhões de contos!

O custo do tratamento das dores lombares em 1998 no Reino Unido, um país com 55 milhões de habitantes, foi superior a 500 milhões de contos, mas se adicionarmos a estes gastos os custos indirectos, como por exemplo a perda de produtividade, então o número sobe para 3.500 milhões de contos!

Finalmente, um estudo epidemiológico realizado em 1999 na Catalunha através de inquérito a 1964 adultos, demonstrou que 80% dos entrevistados tinha tido dores nos últimos 6 meses, 33% tinha tido dores muito fortes ou insuportáveis, as dores tinham afectado o emprego e as actividades sociais de 25% dos entrevistados, e 10% tinham mesmo ficado impossibilitados de trabalhar.

A dor – uma entidade clínica “de pleno direito”

“Para os seres humanos, a dor é um flagelo mais terrível do que a própria morte”

(Albert Schweiter)

“A dor é uma experiência sensorial e emocional suscitada por uma lesão tecidual, real ou potencial, ou que pode ser caracterizada pelas, manifestações próprias de tal lesão.”

“A dor é sempre uma sensação subjectiva.”

(IASP-Associação Internacional de Analgesia, 1979)

“Na Europa, a dor é um problema grave para a saúde pública. Muito embora seja lícito considerar a dor aguda como sistema de uma doença ou de um lesão, a dor crónica e recorrente constitui um problema específico de saúde, de tal modo que pode ser considerada como doença clínica independente.”

(Declaração da EFIC a respeito da dor como problema grave de saúde, e como entidade clínica própria, 2001)

O que é a Fibromialgia?

A fibromialgia é uma síndrome complexo que se caracteriza pela existência de dores generalizadas, pelo cansaço externo e perturbação do sono, estes factores estão por vezes associados a outros sintomas, traduzindo-se numa condição física debilitante e crónica.

Acomete principalmente a pacientes do sexo feminino, na proporção de oito (8) mulheres, para cada homem, entre as idades de doze e cinquenta e cinco (12 e 55) anos, independentemente da classe social ou raça a que pertence.

A etiologia ainda é desconhecida, embora várias teorias tentem encontrar uma origem para a dor, muitas pesquisas procuram dados para caracteriza-la como doença. A fibromialgia tem sido referida como um estado invisível, tendo em conta a inexistência de nenhum exame laboratorial ou de imagem (RM; TAC; RX), que consiga detectar a presença deste síndrome. Normalmente perante a presença de sintomas de dor generalizada o médico solicita alguns dos exames referidos para despistar algum tipo de doença que acarretem estes sintomas, tais como, hipotireoidismo, artrite reumatóide, lúpus eritematoso sistémico, síndrome dolorosa mio facial), contudo poderá existir a possibilidade de ocorrerem em simultâneo.

Sintomas associados:

- **Fadiga:** os pacientes queixam-se de uma grande perda de energia física e mental, resultante de pouca ou nenhuma actividade física.
- **Sono:** alteração do sono, tanto na qualidade do sono, sono leve, apneia nocturna, não possibilitando o descanso necessário. Os pacientes queixam-se que acordam mais cansados do que quando se deitaram.

- **Rigidez matinal:** a rigidez matinal é de curta duração, causando por vezes desânimo para realizar as tarefas matinais.
- **Sensação de edema** e/ou formiguelo nos membros superiores e inferiores.
- **Dor de cabeça crónica**
- **Dificuldades de memória,** causando um prejuízo na lógica do pensamento.
- **Mentais e cerebrais:** aparece quase sempre a depressão e associada a esta os sentimentos de culpa, perfeccionismo. Falta de concentração, visão nublada ou vista cansada, irritabilidade, ansiedade.
- **Músculo-esqueléticos:** dor aguda generalizada, entorpecimento dos músculos, tensões e ligamentos. As dores podem variar de intensidade e de forma, podendo existir vários tipos de dor (dor aguda, dor contínua que muda de intensidade, dores que mudam de sítio no corpo, sensação que os músculos se movem sozinhos, dificuldade em engolir e dor na articulação temporo-mandibular, dor no peito). Fraqueza muscular e por vezes a sensação de que impulsos eléctricos estão a atravessar o corpo.
- **Dérmicos e cutâneos:** sensação de que existe algo a andar na pele, coceira, erupções cutâneas e por vezes inchaços nas palmas das mãos e solas dos pés.
- **Gastrointestinais:** problemas intestinais, Síndrome do Cólon Irritável que inclui gases, dores, obstipação e/ou diarreia.
- **Sintomas relativos aos órgãos genitais e urinários:** sensação de irritação nos lábios vaginais, dores na vulva, dores vaginais, aumento das dores menstruais e uterinas, dor durante o acto sexual, infecções urinárias frequentes e sensação de precisar de urinar frequentemente.
- **Outros sintomas associados:** congestão nasal excessiva, unhas e cabelo quebradiço, sabor amargo e/ou metálico na boca, sensação de boca seca, zumbido nos ouvidos e grande sensibilidade ao frio.

Sobre os aspectos psicológicos do Síndrome de fibromialgia, abordaremos mais adiante, quando for mencionada a forma de tratamento.

Veremos como a psicologia poderá colaborar na melhoria da qualidade de vida deste pacientes, expostos a tantos sofrimentos físicos e emocionais, com prejuízo da sua capacidade funcional, nas actividades profissionais, na sexualidade, na sociabilidade, impondo restrições progressivas à vida de cada um (Martinez, 1998).

Critérios de Diagnóstico

Os diagnósticos são essencialmente clínico e diferencial. No passado, os pacientes eram desacreditados pelos familiares e até pela classe médica, pois o sintoma de **dor**, é subjectivo e as dores do fibromialgico eram consideradas dores psicológicas, motivo pelo qual muitos eram encaminhados para hospitais psiquiátricos. O facto de a realização de exames laboratoriais e de imagem, não detectarem a doença, é necessário o clínico rever cuidadosamente a história clínica do paciente para que o diagnóstico correcto seja alcançado.

Só foi possível consenso para o diagnóstico, a partir da década de 90, quando o *American College of Rheumatology* estabeleceu um critério, a saber:

- A dor generalizada há mais de 3 meses em todas ou algumas das áreas das seguintes partes do corpo: lado direito e esquerdo do corpo, acima e abaixo da cintura, pescoço, região anterior do tórax e região lombar. O propósito deste critério é par que se tenha a certeza de não se tratar de uma condição transitória e porque a dor pode ser migratória e intermitente.
- Dor em pelo menos 11 dos 18 pontos anatomicamente pré-determinados, denominados de *tender points*, quando submetidos a uma pressão de 4 quilogramas.

O tratamento desta síndrome, que afecta os mais variados aspectos do indivíduo, necessita de uma visão holística e um atendimento multidisciplinar. O paciente tem que ser pensado como um ser que possui uma debilitada condição física desencadeada pela perda de energia e pela dor, afectado psicologicamente o que o torna num ser emocionalmente vulnerável, e socialmente discriminado, tendo a constantemente a sua credibilidade à prova, impotente diante dos limites que a doença impõe, além de outros aspectos complexos que se apresentam na dinâmica da sua relação com a doença.

Baseado num modelo holístico, a ajuda a estes doente terá que ser multidisciplinar, para garantir a possibilidade do seu auto-conhecimento, e informação acerca da doença, os métodos clínicos de tratamento, e a aprendizagem de técnicas que orientem a mudança de hábitos e comportamentos que intensificam os seus sintomas.

O *processo de coping* (modo como as pessoas lidam com os seus problemas e doenças) é determinante para estes pacientes. Depois de diagnosticada uma doença grave, a maioria dos doentes passa por um estado de choque, este estado de choque caracteriza-se pelo facto do indivíduo ficar estupefacto e desorientado, comportando-se de forma automática, com sentimentos de indiferença em relação à situação. (Shontz, 1975).

Um atendimento ideal compreenderia profissionais de diversas áreas:

Área Médica

O médico é figura de importância fundamental, pois cabe a este realizar o diagnóstico diferencial de forma correcta, dependendo disto, o encaminhamento e o auxílio de profissionais de outras áreas. É também de competência médica administrar a medicação adequada, que na dor crónica compreende anti-inflamatórios e analgésicos, e por outro lado anti-depressivos que se mostraram bastante eficazes nas dores crónicas, recapturando a serotonina e a noradrenalina no sistema nervoso central, geralmente é também administrado um tranquilizante mais fraco (fenotiazínico), que potencializa a acção do anti-depressivo. O psiquiatra é geralmente solicitado para avaliar a indicação e a dosagem dos fármacos psiquiátricos.

A.Aaron, Ph.D, do departamento de Medicina da Universidade de Washington, afirma que “Os médicos devem avaliar os pacientes com síndrome de fadiga crónica com relação às condições clínicas adicionais(...) pacientes com fadiga crónica podem apresentar um quadro clínico completo que impõe desafios de diagnóstico e manutenção” – *in The Journal of Internal Medicine*, 10/01/2001.

Exame – Standard

Para serem especificadas perguntas a respeito da dor que um médico de clínica geral deverá formular ao paciente:

- “Dor máxima durante as últimas 24 horas?”
- “Como se sente hoje?”
- “Tem outras dores que não sejam as dores normais de cada dia? (dor de dentes?”
- “Isto causa-lhe distúrbios?”
- “Houve alguma tarefa que não conseguiu realizar por causa das suas dores?”
- “O que foi a melhor coisa que fez hoje?”

(*Consenso Berlim; Resultados do Workshop da P.A.I.N., 25.01.2002, Berlim*)

Área Social

Por factores já mencionados, o fibromialgico tende a isolar-se, vivendo de uma forma solitária e não participativa.

É importante que os profissionais de saúde saibam despertar nestes pacientes o prazer pela diversão, pelo convívio em grupo de forma auto – realizadora e construtiva. Deverão ser

estimulados a participar em actividades desportivas (quando o estado físico o permitir), culturais e recreativas.

Além destes aspectos é necessário não esquecer a família e amigos destes pacientes, que deverão receber orientação sobre o que deverá ser feito, através de material de leitura informativo, ou a procura de grupos de apoio onde serão discutidos os sintomas, casos de vida, forma de lidar com a doença, assim como acções para minimizar os sintomas e aprender a lidar com a doença. Espera-se que daí resultem atitudes de compreensão, aceitação, tolerância e encorajamento.

Outras Áreas

A área da Nutrição é de extrema importância, no sentido de orientar o paciente a usufruir de uma alimentação equilibrada, já que o aumento de peso está associado ao aumento da dor, e por outro lado a dieta deverá compensar os efeitos dos medicamentos, já que estes provocam prisão de ventre.

Uma alimentação mais leve à noite contribui para uma melhoria da qualidade do sono. O paciente com fibromialgia deverá evitar o uso exagerado de cafeína, álcool, nicotina e outros estimulantes, bem como exercícios físicos e mentais antes de dormir, tentando também cumprir sempre o mesmo horário de deitar.

Formas para melhorar a qualidade de vida do fibromialgico

- Tentar utilizar a energia da melhor forma possível, não desperdiçar energia.
- Planear e organizar as tarefas para que possa utilizar o mínimo de energia.
- Estabelecer prioridades de acordo com a sua importância, deixar para outro dia o que não poderá fazer nesse dia.
- Eliminar todas as tarefas não necessárias e evitar detalhes desnecessários.
- Delegar tarefas para outras pessoas. Não sentir sentimento de culpa por não conseguir fazer tudo o que quer.
- Concentrar a energia no que realmente precisa.
- Ter calma, dividir as tarefas pelos dias da semana.
- Fazer do sono e do descanso uma prioridade.

(The Fibromyalgia Help Book, Fransen et al)

O papel da Psicologia na Fibromialgia

Aspectos psicossociais da Fibromialgia

Devido ao grande impacto deste síndrome na qualidade de vida dos fibromialgicos, a Psicologia possui recursos e instrumentos que podem ajudar a aliviar alguma da sintomatologia destes doentes, através de um plano psicoterapeutico. No entanto, convém conhecer um pouco acerca da personalidade destes pacientes.

Historicamente, sujeitos que apresentem dores crónicas, são reconhecidas por possuírem uma personalidade estereotipada. Assim, são comuns, nos primórdios da literatura psicossomática, termos como personalidade enxaquecosa e personalidade reumática; da mesma forma a personalidade dos doentes de Fibromialgia é bem caracterizada.

Rachlin cita a opinião de Smyth na sua obra, segundo o qual “Os referidos pacientes estabelecem padrões elevados, sendo que exigem muito deles próprios e de outros indivíduos. São extremamente cautelosos, honestos, asseados, éticos, persistentes, trabalhadores e virtuosos” (Rachlin, 1994). O desgaste físico e mental para manter esta imagem social é enorme, o que acarreta stress e tensão, 2 factores inimigos e cruciais nos pacientes com Fibromialgia. Rachlin informa, que geralmente estes pacientes possuem uma história de vida anterior à doença, que tem uma performance exemplar no trabalho, tendo por vezes mais que um emprego, sentindo-se desconfortáveis nos períodos de férias, com pouco tempo dedicado ao descanso e patologicamente auto confiantes. (Rachlin, 1994).

Os pacientes com Fibromialgia, que apresentem este perfil de personalidade, a maioria dos casos, chegam aos consultórios com queixas de sofrimento psíquico, além da dor física. Costumam relatar episódios de depressão, este estado depressivo é habitualmente descrito por estes pacientes e bastante citado na literatura específica.

Diante de resultados obtidos em várias pesquisas, Rachlin cita Goldenberg, o qual sugere haver alguma ligação psicobiologica entre depressão e Fibromialgia. Não é conclusivo porém, se a depressão, quase sempre presente, é a causa, consequência ou sintoma concomitante ao síndrome. (Rachlin, 1994).

Stressores

Os stressores têm sido apontados como um dos maiores factores presentes no desenvolvimento de muitos estados dolorosos e têm sido relacionados também na Fibromialgia.

A rigidez de carácter dos pacientes com Fibromialgia diminui a sua capacidade de adaptação, funcionando como um stressor permanente.

Outros stressores estão também presentes na qualidade de vida destes sujeitos:

- Perturbações de sono

- Dor constante
- Rigidez matinal
- Adaptação aos medicamentos
- Medos em relação ao desenvolvimento da doença
- Perda de memória
- Frustração constante
- Incompreensão por parte das pessoas significativas e outros.

Cabe ao psicólogo, auxiliar no manuseamento e controle destes stressores, pois induzem uma tensão muscular aos pacientes e existem amplas evidencias que tensões musculares prolongadas provocam dor.

Uma queixa também constante é a da ansiedade, gerada muitas vezes, do conflito entre o – **“querer fazer“ e “poder fazer“**.

Um aspecto importante na relação paciente-síndrome é a questão dos ganhos secundários. Como os sintomas destes pacientes são subjectivos, criam-se situações favoráveis para o oportunismo de alguns indivíduos, principalmente em relação às questões laborais.

Simulação de quadros clínicos, às vezes podem funcionar para perpetuar litígios de trabalho (Helfenstein, 1998).

De acordo com publicações científicas, apenas a uma minoria destes pacientes é reconhecida a incapacidade para o trabalho.

Prognóstico no Tratamento da Fibromialgia

Os estudos a longo prazo sobre Fibromialgia têm demonstrado que se trata de uma doença crónica com uma evolução, alternando entre períodos relativamente sem queixas com outros de crise.

Um dos problemas que por vezes é determinante para o prognóstico é a relação entre o doente, os familiares, os colegas de trabalho e a comunidade, bem como uma boa relação médico/doente

A contribuição do psicólogo, perante tudo isto, deverá ser pautada e teoricamente fundamentada no Modelo Biopsicossocial (modelo holístico) em que o paciente é visto como um todo, uma síntese complexa das suas múltiplas dimensões (física, afectiva, cognitiva e comportamental).

A saúde e a doença são também vistos como processos dinâmicos em evolução constante e explicados por uma multicausalidade, em que se considera a relevância dos factores biológicos, psicológicos e socioculturais.

A Psicologia da Saúde assenta ainda numa visão do sujeito como um agente dos seus próprios estados de saúde e doença e conseqüentemente, como actor nos processos de procura, manutenção e recuperação da saúde.

Tendo em conta os factores acima descritos, o papel do psicólogo começa por uma avaliação da **interacção entre a pessoa, o meio e a doença**.

Assim, caberá ao Psicólogo a elaboração de um Diagnóstico e apresentar um plano de tratamento.

Os alvos a ter em conta no processo de avaliação serão:

- Paciente
- Família
- Sistema de cuidados de saúde
- Ambiente socio-cultural

Em síntese, deverá ter em conta os aspectos cognitivos, culturais e emocionais da dor (Fibromialgia) que o paciente apresenta.

A contribuição do psicólogo

Perante o exposto, a contribuição do psicólogo deverá estar pautada numa abordagem que inclua os seguintes pressupostos:

1- Técnicas de relaxamento

Tem o objectivo de aliviar as tensões musculares, tranquilizar a mente, exercitar a respiração abdominal com o intuito de revitalizar todo o organismo e controlar o stress. Deverão ser sugeridas uma variedade de técnicas para que o paciente escolha aquela, com a qual consegue atingir o objectivo - reduzir tensões.

Instruir o sujeito de maneira a que se torne pratica habitual nas suas actividades diárias.

2- Técnicas de sensibilização

As técnicas de sensibilização são aplicadas como forma de despertar o paciente para o uso dos seus próprios recursos no combate à dor (saindo de uma posição passiva para colaborar activamente no seu tratamento – proactividade).

Desenvolver a sua percepção com o objectivo de que possa relacionar os acontecimentos da sua vida emocional com os seu corpo (as questões emocionais afectam directamente o nível das suas dores). Portanto são motivados para a necessidade imperiosa de abrirem espaço nas suas vidas para a psicoterapia.

3- Técnicas de visualização

São um grande trunfo que os psicólogos têm nas mãos; ajudam o paciente a aumentar as suas resistências físicas e psíquicas; preparam-no para que o paciente possa perceber os momentos difíceis através de outra óptica, deixando-o mais relaxado e confiante, o que resultará no reforço das suas defesas imunológicas.

A imaginação, como a emoção, é responsável por libertar na corrente sanguínea, hormonas relaxantes ou estimulantes. Estes fazem com que os níveis de linfócitos T ou de imunoglobulina sanguínea aumentem, reforçando assim as defesas do organismo ou seja do Sistema Imunológico. A **Psiconeuroimunologia** considera que existem conflitos emocionais subjacentes à doença. Levar o paciente a identificar sentimentos, visualizar a sua dor, criar formas mentais de lidar com a mesma e combatê-la, é tão eficiente como os processos da medicina convencional (medicamentos). Tem sido apresentados inúmeros relatos de sucesso com a aplicação desta técnica até no cuidados de pacientes com doenças oncológicas. (Simonton, 1987).

4- Orientação familiar

O Psicólogo pode auxiliar e informar no esclarecimento deste síndrome e sobre as limitações que este impõe, junto a familiares e pessoas significativas. Assim como a família pode não reconhecer o desconforto do paciente, pode também supervalorizá-lo; o paciente pode por sua vez, apresentar o mesmo movimento, maximizando a sua dor por conveniência, fazendo-se de vítima, ou, revoltando-se por não sentir o seu sofrimento respeitado.

5- Psicoterapia

A abordagem deve ser grupal, semanal, com número médio de 7 pacientes, tendo a Fibromialgia como elo de ligação entre os seus participantes. O período de actividade dos grupos gira à volta dos 8 meses.

Embora o foco seja o síndrome, todas as outras questões de vida surgem na dinâmica da interacção grupal.

Estes pacientes necessitam que os médicos e os terapeutas lhes dêem “permissão” para que não sejam tão rígidos consigo próprios (Voeroy , 1993) .

6- Outros Tratamentos

O **biofeedback** permite ao paciente exercer um controlo voluntário sobre as suas funções corporais. Tem ainda por objectivo diminuir a ansiedade e a tensão e, como tal, diminuir a dor. Como o **condicionamento operante** está relacionado com o aumento da percepção da dor, também pode ser usado como parte do tratamento para reduzir a dor. Alguns aspectos deste tratamento tem por objectivo reforçar positivamente o comportamento de adesão e de ausência de dor, diminuindo, portanto, os ganhos secundários e a dor.

Uma abordagem cognitiva ao tratamento da dor envolve factores como a diversão da atenção (isto é, encorajar o indivíduo a não se concentrar na dor) e imagética (isto é, encorajar o indivíduo a ter pensamentos positivos e agradáveis). Ambos os factores parecem reduzir a dor. Também tem sido demonstrado que a hipnose clínica reduz a dor. No entanto , não está perfeitamente claro que isto faça simplesmente parte do desvio da atenção ou não. Alguns pacientes, numa reunião de doentes com Fibromilagia – a Myos realçaram o papel das medicinas alternativas no alívio de alguma sintomatologia física, nomeadamente a acupunctura e o shiatsu.

7- Clínicas multidisciplinares de dor

Recentemente, tem sido fundadas clínicas de dor que adoptam uma abordagem multidisciplinar para o seu tratamento, e eu visam abordar os factores que causam ou exacerbam a dor. Os objectivos propostos incluem:

- **Melhorar o funcionamento físico e estilo de vida:** envolve melhorar o tonus muscular, a auto-estima, a auto-eficácia e a distração e reduzir o aborrecimento, o comportamento de dor e os ganhos secundários.
- **Diminuir a dependência dos medicamentos e serviços médicos:** tem por objectivo aumentar o controle pessoal e a auto-eficácia e reduzir o comportamento de doente.
- **Aumentar o apoio social e a vida de família:** tem como objectivo aumentar o optimismo e distração, diminuir o aborrecimento, a ansiedade, o papel do de doente e os ganhos secundários.

Objectivos da Psicologia da Saúde

Os objectivos que deverão ser enfatizados pelo psicólogo da saúde, no seu trabalho junto dos pacientes com Fibromialgia são:

- aceitar o novos limites e valorizar a exploração das possibilidades; na psicoterapia há um processo de auto-conhecimento no qual o paciente descobre recursos que até então desconhecia;
- estimular a busca de realizações pessoais na arte, no trabalho, no desporto, no lazer etc.
- elevar o nível de tolerância à frustração, que geralmente é muito baixo nestes pacientes;
- flexibilizar a instancia superegoica, para alívio de culpas e cobranças em relação a Si e ao Outro.
- facilitar o desenvolvimento para que aceite a presença do Outro em sua vida, permitindo partilhar, dar e receber, cooperar, visto que sempre foram tão auto-suficientes

A experiência tem demonstrado que qualquer dos procedimentos descritos tem impacto na melhoria da qualidade de vida dos portadores do Síndrome de Fibromialgia.

Todos os estudos e trabalhos voltados especificamente para o cuidado junto a estes pacientes são todavia muito recentes, cumpre aos profissionais envolvidos na área, abrirem novas fronteiras na busca de novos recursos.

O Futuro

O Plano Nacional de Luta Contra a Dor, a ser aprovado, representará um grande passo no combate à dor em termos assistenciais. Nesse documento são delineadas estratégias e orientações genéricas que têm como objectivo principal dotar, até 2007, 75% dos serviços oficiais de prestação de cuidados de saúde, com Unidades de Dor vocacionadas para o tratamento da dor aguda ou crónica.

A Associação Portuguesa para o Estudo da Dor irá apoiar a execução de um estudo epidemiológico, a começar por um estudo-piloto a realizar na região de Braga, que possibilite um melhor conhecimento da realidade nacional no que respeita ao impacto social e económico da dor crónica.

Prosseguirá igualmente com acções de formação e actualização dos profissionais de saúde que estão na primeira linha de actuação contra a dor, qualquer que seja a sua origem.

No âmbito do Programa Dor patrocinado pela Fundação Calouste Gulbenkian, e com o apoio de outras instituições nacionais e europeias, prosseguirão as actividades de investigação científica na Faculdade de Medicina do Porto, através dos trabalhos realizados por um grupo de

docentes e investigadores que se dedica à investigação dos mecanismos neurobiológicos da dor há 30 anos. Irão igualmente realizar-se acções de formação pré e pós-graduada dirigidas essencialmente aos médicos e estudantes de medicina, e será reforçada, através da aquisição de novos equipamentos, a actividade da Unidade de Dor do Hospital de S. João.

No entanto, apenas quando todos, entidades governativas, educadores, prestadores de cuidados de saúde e população em geral estivermos convictos de que “A DOR NÃO É UMA FATALIDADE” é que estaremos no caminho certo para aliviar o sofrimento de quem padece.

CONCLUSÃO

A dor é um fenómeno que envolve diversas dimensões, podendo afirmar-se que se trata de um problema médico, comportamental, cognitivo e emocional, pois é acompanhado por um grande sofrimento pessoal, acarretando muitos custos sociais e, também, muitos custos económicos.

Uma das características mais claras no campo da dor crónica é a sua complexidade, definida pela combinação de mecanismos periféricos, centrais e psicológicos (Melzack & Wall, 1965). Um paciente que vive com Fibromialgia e síndrome de dor crónica, não só experiênciava uma sensação de dor, mas também, se vê obrigado a viver com alterações significativas no seu dia a dia provocadas pela limitação da sua actividade, por alterações no estado de humor, por uma diminuição da energia e por distúrbios de sono.

Todas estas alterações levam ao aparecimento de problemas familiares, assim como a um crescente isolamento social (Keefe, Gill, & Rose, 1986). Em casos extremos, os pacientes podem estar de tal modo absorvidos na procura constante de alívio para as suas dores que percorrem variados especialistas e vão a múltiplas consultas de urgência, esperando que com uma nova avaliação se consigam encontrar novas formas de intervenção.

Muitas vezes são submetidos a intervenções cirúrgicas desnecessárias, ou tornam-se dependentes de analgésicos e medicação afins.

Numa tentativa de dar resposta a esta procura generalizada de ajuda e integrando os conhecimentos actuais acerca do fenómeno da fibromialgia e dor crónica, a psicologia reclama o seu papel e tenta desempenhá-lo da forma mais proveitosa possível para as pessoas com dor crónica.

Dada a diversidade das etiologias de dor, uma das dificuldades encontradas aquando da planificação de um programa de intervenção psicológica, reside nas diversas tipologias de dor existentes. Apesar de toda esta complexa diversidade, os pacientes com dor crónica são muitas vezes tratados como um grupo homogéneo que se descreve como apresentando o “síndrome de

dor crónica “ (Black, 1975). Assim sendo, para estes pacientes é prescrito o mesmo tipo de intervenção quer esta seja psicofarmacológica, psicológica ou alguma forma de integração dos dois tipos de tratamento.

Alguns investigadores estão a tentar estudar que formas de intervenção são mais eficazes para diferentes tipos de dor, no entanto a resposta diferencial ao tratamento ainda não foi avaliada em estudos controlados (Wilson & Gil, 1996). Os diferentes protocolos que têm sido utilizados incluem vários tipos de medidas psicológicas, comportamentais e de funcionamento geral, assim como medidas físicas.

Contudo, ainda se está longe de saber qual o tipo de intervenção mais adequada, uma vez que as intervenções tem sido realizadas com grupos de dor bastante heterogéneos.

Concluindo, uma intervenção psicológica multimodal e multidisciplinar é mais vantajosa para o paciente quando comparada com uma intervenção biomédica.

A abordagem biopsicossocial do fenómeno de dor deveria ser pratica comum na nossa sociedade.

Será importante sensibilizar os responsáveis pela política de saúde acerca da natureza multidimensional da dor crónica, enfatizando o facto de não existirem respostas simples para este complexo fenómeno e constatando-se pela necessidade de abordagens psicológicas e biomédicas, uma vez que estas apresentam menos efeitos separadamente e unidas poderão ser de um valor inestimável.

De facto, constatamos que uma intervenção conjunta acarreta um progressivo desmame da medicação ingerida para o controlo da doença, o que tem implicações económicas importantes.

Todos os estudos e trabalhos voltados especificamente para o cuidado junto a estes pacientes são todavia muito recentes.

Esperemos que com este nosso trabalho tenhamos contribuído para alertar as pessoas no sentido de que é necessário haver esforços multidisciplinares no estudo e intervenção junto de pacientes com fibromialgia e dor crónica para que o sofrimento na situação deles não seja uma experiência de desespero mas encontre nos profissionais de saúde uma resposta verdadeiramente humanizada.

*O tão esperado fim de “um dia igual aos outros, da eterna família de serem assim”
Fernando Pessoa.*

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

HELFENSTEIN JR, M. FELDMAN, D. – Prevalência da síndrome de fibromialgia em pacientes diagnosticados como portadores de lesões por esforços repetitivos, Rev. Bras. Reumatologia, Vol. 38 – 71-77, 1998.

MARTINEZ, J. E. E cols., – Analise critica de parâmetros de qualidade de vida de pacientes com fibromialgia. Acta Fisiatrica, 5, 116-120, 1998.

RACHLIN, E. S. – Myofascial Pain and Fibromyalgia: Trigger Point Management. USA: Mosby- Year Book, Inc., 1994.

SIMONTON, O. C. – Com a Vida de Novo. São Paulo: Summus, 1987.

VOEROY, H., MERKHEI, H. – Progress in Fibromyalgia and Myofascial Pain.

Netherlands: Elsevier Science Publishers B. V., 1993.

JANE OGDEN – Psicologia da Saúde.

I.A.S.P- Associação Internacional de Analgesia, 1979.

American College of Rheumatology

A.AARON, PH, D. – The Journal of Internal Medicine, 2001.

P.A.I.N. – Resultados do Workshop de Berlim, 2002

ALBERT SCHWEITER

FRANSEN ET AL, The Fibromyalgia Help Boock.

ANEXO

Reunião na Myos

Após alguma pesquisa bibliográfica e informação relativa a Fibromialgia, encontramos durante o processo do mesmo, uma associação a MYOS, que congrega todos aqueles que padecem de Fibromialgia e síndrome de dor crónica.

A Myos é uma associação não médica sem fins lucrativos, para a defesa do doente e para o desenvolvimento do conhecimento dos doentes, dos técnicos de saúde e do público em geral. Esta associação tem sede em Lisboa, e delegações no Porto, Coimbra, Viseu e Funchal.

A Myos tem como âmbito o território nacional e os seus objectivos incluem a divulgação, a promoção de assistência e da investigação médicas sobre Fibromialgia e Síndrome de Fadiga Crónica e a sua terapêutica, a defesa dos direitos dos doentes e o consequente apoio a estes e suas famílias.

Para a realização dos seus objectivos a Myos propõe-se: a divulgar e informar sobre as patologias, a defender o direito dos doentes junto das estruturas sociais e das entidades públicas e privadas, a desenvolver acções de solidariedade para com os doentes e a promover também acções lúdicas para o bem estar dos doentes e seus familiares no contexto da doença.

Após uma série de troca de emails, foi-nos permitido assistir a uma reunião, na delegação da zona norte. Uma sexta-feira, às vinte uma horas chegamos à sede da Associação.

A enfermeira Alice coordena esta delegação na zona norte de Portugal e padeceu durante muitos anos da sintomatologia desta doença sem saber o nome da mesma.

Conhece como ninguém, o sofrimento destas pessoas, e como profissional de saúde ainda tem força anímica para ajudar através do testemunho da sua situação de Vida.

Estas reuniões efectuem-se mensalmente, ou seja, na primeira sexta feira de cada mês, chegamos por volta das vinte e uma horas. A sala estava repleta de pessoas. Numa primeira observação, constatamos que eram um grupo muito heterogéneo, haviam pessoas de todos os quadrantes sociais e etários. Pessoas que andaram quilómetros para lá estarem naquela noite.

Fomos apresentadas como estudantes de Psicologia e ainda lhes foi revelado o nosso propósito de estarmos a elaborar um trabalho em Psicologia da Saúde e tínhamos escolhido aquele tema.

Depois das iniciações formais e apresentações, a Enf. Alice lançou o tema dessa noite - O optimismo face à doença.

A enfermeira Alice disse que tem que haver um conjunto de factores psicossociais para alimentar o optimismo nos doentes. Uma senhora intervém e diz que “concorda mas que não possui condições materiais para ser optimista”.

Falaram acerca dos benefícios do optimismo, do pensamento positivo, de aproveitar bem cada dia e procurar em si próprio a força para tentarem viver o melhor possível mesmo que condicionados pela doença.

Falaram da importância do apoio relacional, do exercício físico, de bons hábitos de comportamento de saúde e ainda de novas possíveis terapêuticas existentes no mercado. Cada um opinava acerca disso e falava acerca da sua experiência pessoal .

As pessoas diziam que conseguem sorrir mas internamente sentem uma tristeza enorme, perderam a alegria, não tem vontade de sair de casa e querem andar mas como às vezes “tem as pernas presas” não o podem fazer, sentem-se revoltadas e incapacitadas, a mente quer, o corpo não obedece.

A enfermeira tornou a lembrar que o tema da noite era o optimismo, portanto teriam que se esforçar para terem uma atitude optimista e mais alegre.

Todos foram unânimes em que a família e os amigos são essenciais e fulcrais para manterem o optimismo.

Tem que se resignar e aprender a viver com a Fibromialgia, porque apesar de se sentirem pessoas diferentes e da revolta que sentem tem que aceitar a nova realidade, não se pode deixar que a doença nos enterre, dizia uma senhora e sintetizou muito bem a ideia que era subjacente ao grupo.

Apesar da cronicidade da doença, da incompreensão familiar, médica e social, os doentes tem que lutar, levantar a voz e fazerem valer os seus direitos na cultura da sociedade em que estão inseridos.

Uma doente, dizia também que: Qualquer tipo de vitória (vestir-se, andar ou até mesmo vencer algum estado depressivo) fazia-a sentir-se feliz e realizada.

A capacidade de rir em comum é a essência do Amor, citava a enf. Alice.

No entanto, apesar da moderadora tentar manter um estado optimista e alegre, a comunicação inter-grupal começou a fluir para os aspectos médicos da doença. Queriam saber acerca de novos tratamentos e novos profissionais que lhes desse algum tipo de cura ou até esperança.

A enf. Alice começou por descrever o processo do doente, ou seja, as etapas que o doente enfrenta.

- 1- Relatório medico, incluindo toda a informação possível , mesmo as queixas do doente.
- 2- Medicação

Se o doente não melhorar, solicita a consulta de dor, através de uma carta (P1) e envia aos hospitais centrais. No Porto, as consultas de dor existem nos hospitais S. João e Santo António.

A moderadora lembrou que ainda não existe cura e a medicação não é suficiente, funciona mais como um tratamento paliativo.

Observamos que a sessão serve principalmente para esclarecer dúvidas, tipos de medidas a adoptar, como encontrarem médicos e como podem serem atendidos o mais depressa possível, a morosidade do atendimento medico foi uma queixa permanente durante a reunião.

Contudo apesar de medicamentos continuam sempre com queixas e lembrou-se o papel fundamental do tratamento contínuo e do apoio psicológico a estes doentes. Uma doente lembrou que não tinha tempo para fazer tratamentos fisiatricos. Outra ainda disse que um dos médicos que consultou não lhe diagnosticou o síndrome de Fibromialgia, mas sim o diagnóstico de que ela padecia de uma doença do fígado. Outra também disse que um médico constatava sempre que a Fibromialgia era uma doença dos ricos, devido ao caso da Maria Elisa, uma figura publica que preside à Myos.

Deveras curioso é o facto de que 90% dos casos detectados, são pessoas provenientes de um estrato social elevado.

Falou-se também que uma crise de Fibromialgia pode durar 2/3 meses e que entre 10 a 12 % dos doentes tentavam o suicídio.

Numa visão geral, falaram acerca do que citamos em cima, mas chamou-nos a atenção 2 casos.

Um acerca de uma mulher com dois filhos adolescentes, que se encontrava numa situação de desespero, frisou que só pensava em suicidar-se, que não aguentava mais a incapacidade e o sofrimento psicológico que a doença lhe provocava e acarretava nas vertentes biopsicossociais da sua vida.

Nesta altura, intervimos dizendo que era aconselhável procurar urgentemente ajuda de um profissional de Psicologia.

Ficou constatado as consequências psicológicas do pós-conhecimento deste síndrome e em como a Psicologia tem um papel fulcral na reabilitação destes doentes.

Outro caso, foi uma senhora, na casa dos 30 que lhe tinha sido diagnosticado há 2 dias e simplesmente não aceitava que padecia dessa patologia.

Revelou-nos que ali na reunião para se aperceber que não era como os outros membros do grupo mas que o marido tinha insistido. Observamos que ela estaria simplesmente a fazer um evitamento da sua nova situação, que talvez preferisse continuar a consultar os serviços de saúde porque não poderia jamais ter aquela doença. Talvez tivesse esperança que todos os seus sintomas fossem passageiros e ficaria curada com algum tipo de tratamento.

Observamos que estas reuniões mensais são uma ajuda de suporte emocional e cognitivo para os doentes. São cruciais na partilha da dor e novas informações que possa haver acerca da doença. Servem como esperança e amizade numa situação deveras angustiante para quem tem Fibromialgia.

Chorou-se, riu-se, falou-se bastante e constatamos que existe um grupo coeso de pessoas que sofrem bastante. Na nossa opinião estes grupos são como uma catarse de emoções que são libertadas ali.

Sentimos através do testemunho de várias pessoas, que não é nada fácil viver-se com Fibromialgia.

O nosso muito obrigada a estas pessoas por nos terem demonstrado que sofrem mas arranjam alternativas de combate à doença.

O facto de termos assistido, de termos conhecido todas aquelas pessoas, que sofrem na pele a doença, provocou em nós um certo sofrimento.

Tentamos através do nosso trabalho passar todas as formas de sentir ou seja, os aspectos biopsicologicos dos doentes que tem Fibromialgia e o Síndrome de Fadiga Crónica.

O profissional de Psicologia tem um papel fulcral no alívio de alguma da sintomatologia evidenciada por estes pacientes.