

**UNIVERSIDADE DO SAGRADO CORAÇÃO**

**DEIDE RENATA DA SILVA PIVATTO**

**AS CONSIDERAÇÕES DO MÉDICO A RESPEITO DO  
TRABALHO DO PSICÓLOGO NO TRATAMENTO  
DA DOR CRÔNICA**

**BAURU – 2004**

**DEIDE RENATA DA SILVA PIVATTO**

**AS CONSIDERAÇÕES DO MÉDICO A RESPEITO DO  
TRABALHO DO PSICÓLOGO NO TRATAMENTO  
DA DOR CRÔNICA**

Monografia apresentada ao Departamento de Psicologia da Universidade do Sagrado Coração referente à obtenção do grau de Bacharel em Psicologia, sob a orientação da Prof.<sup>a</sup> Ms.<sup>a</sup> Mônica Perri Kohl Gregghi.

**BAURU – 2004**

P693 Pivatto, Deide Renata da Silva.  
As considerações do médico a respeito do trabalho do  
Psicólogo no tratamento da dor crônica/ Deide Renata da Silva  
Pivatto.- - 2005.  
Xf.

Orientadora: Prof.Ms. Mônica Perri Kohl Greghi.  
Trabalho de Conclusão de Curso (Psicologia)- Universidade  
Do Sagrado Coração, Bauru-São Paulo.

1.Dor crônica. 2.Equipe multidisciplinar. 3.Psicologia hospitalar.  
4.Psicossomática. 5.Tratamento psicológico. I.Gregghi, Mônica  
Perri Kohl. II.Título.

**Banca Examinadora**

---

**Marilene Cabello Di Flora  
Examinador 1**

---

**Maria de Fátima Ballancieri  
Examinador 2**

---

**Mônica Perri Kohl Greggi  
Orientadora**

*Dedico este trabalho a todos os doentes crônicos, por lutarem para serem compreendidos em suas dores; aos psicólogos, por desempenharem um importante papel no tratamento da dor crônica, e aos médicos para que possam compreender melhor estes pacientes e valorizar mais o trabalho do psicólogo no tratamento dos mesmos.*

## **AGRADECIMENTOS**

*Agradeço primeiramente a DEUS, por me guiar sempre por caminhos corretos, por abrir as portas da minha profissão para mim, por me ajudar a vencer os obstáculos e por fortalecer-me a alma sempre que fraquejava;*

*À minha orientadora, Mônica, que foi uma pessoa marcante para mim durante o meu processo de formação, pois é um exemplo a ser seguido, por ter se mostrado receptiva, pelo entusiasmo com que me orientava, pelo incentivo e confiança depositados em mim para a execução deste trabalho, pela paciência e força, por vibrar tanto quanto eu com as minhas vitórias, por ter sido tão prestativa e empenhada, por ter me contagiado com seu amor pela psicologia junguiana e pela psicossomática, e principalmente por acreditar que eu poderia ir mais adiante.*

*A toda minha família, em especial meus pais e minha irmã, por me passarem princípios e valores corretos a serem seguidos, por acreditarem em mim durante a minha jornada pela graduação, por sempre me encorajarem a seguir em frente naquilo que eu desejava, pela paciência comigo, pelo incentivo e por serem o orgulho da minha vida.*

*A minha querida avó, que não está mais entre nós, mais sei que onde quer que esteja, está torcendo por mim e me protegendo;*

*Ao meu namorado, Luis Fernando, por me ajudar diretamente com este trabalho, por sempre me incentivar, pela paciência pelo tempo que precisamos ficar afastados para que eu me dedicasse aos estudos e por seu amor incondicional.*

*A professora Marilene Cabello, uma pessoa também importante para mim durante o meu processo de graduação além de ser também um exemplo a ser seguido, que com maestria fez com que eu me apaixonasse pela arte de pesquisar, por ter valorizado o meu*

*trabalho, por ter sido muito prestativa colaborando diretamente com este trabalho, e por ter me incentivado a chegar até aqui;*

*A minha psicóloga, Vera, por me ajudar a adquirir auto-confiança, por me ajudar com este trabalho em alguns momentos, pelo incentivo e confiança;*

*A Salete por ter me ajudado com as transcrições das entrevistas;*

*A professora Éster, pelo incentivo e colaboração prestados para a elaboração deste trabalho;*

*A Cristiane e ao Gilberto pelo auxílio com os dados estatísticos;*

*Aos médicos, pela disponibilidade e contribuição prestadas para a realização deste trabalho;*

*As secretárias dos médicos, por terem sido prestativas e atenciosas;*

*A Gemma, pela ajuda com o abstract;*

*A minha amiga Natacha, por ter colaborado comigo no processo de seleção dos médicos que faziam parte da pesquisa, pelo incentivo, paciência e apoio.*

*As minhas amigas, Juliana, Luciana, Maria Juliana e Ana Paula, que mesmo sem tempo ou à distância sempre me incentivaram e apoiaram, e certamente têm uma grande importância na minha vida.*

*“A alma do homem é como água; vem do Céu, para  
depois voltar para a Terra, em um eterno ir e vir”.*

(Goethe)

## RESUMO

Utilizando o método de análise cruzada (quantitativa-qualitativa), o presente estudo teve como principal objetivo, verificar os efeitos que a assistência psicológica proporciona ao doente crônico, a partir do ponto de vista médico. Para tanto, foram investigadas também as considerações do médico reumatologista acerca do trabalho do psicólogo junto ao paciente com dor crônica e a existência deste profissional atuando em equipes multidisciplinares em hospitais e clínicas particulares na cidade de Bauru. Os participantes da pesquisa somaram um total de cinco sujeitos, sendo todos médicos alopatas especialistas em reumatologia. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas para uma maior fidedignidade dos resultados. O roteiro utilizado para a entrevista constou de seis questões estruturadas sobre o tema. Os resultados obtidos mostraram que sendo a dor crônica de difícil compreensão por parte dos médicos, visto seu caráter subjetivo, parte destes continua tendo uma visão dualista do paciente, cindindo-o em duas partes distintas: psique e corpo. Em contrapartida, foi possível perceber nos depoimentos dos entrevistados, que embora não haja psicólogos atuando no tratamento da dor crônica na cidade de Bauru, principalmente em clínicas particulares, todos sem exceção, acreditam que este trabalho seja fundamental. Contudo, com a carência do suporte psicológico, o próprio médico acaba fazendo o trabalho do psicólogo também. Esta realidade serve como um alerta, pois a luta pela inserção do tratamento psicológico em equipes multidisciplinares precisa partir da classe dos psicólogos, visto que a dos médicos não abre espaço para outros profissionais. O que tem de ser levado em conta sempre é que o paciente precisa ser compreendido em sua totalidade psique-soma, considerando-se a melhor terapêutica para cada caso, sobretudo na dor crônica, na qual o fator psíquico está presente, independente de ser esta dor palpável ou não. O trabalho do psicólogo junto a uma equipe multidisciplinar se mostra cada vez mais necessário para todas as doenças, de forma integrada ao atendimento médico.

**PALAVRAS-CHAVE:** Dor crônica; equipe multidisciplinar; psicologia hospitalar; psicossomática e tratamento psicológico.

## ABSTRACT

Using the cross-sectional study analysis (quantitative-qualitative), the present paper aimed to verify the effects that the psychological treatment provides to a chronic sick individual, from the medical point of view. For that, the considerations of the rheumatologist were also investigated on the performance of the therapist with the patient who suffers from chronic pain and the existence of that professional performing in health teams in hospitals and private clinics in the city of Bauru. Five respondents made part of the study and all of them were allopathic rheumatologists. The interviews were tape-recorded and later a transcript was prepared. Six structured questions on the matter were used. The results obtained showed that since the chronic pain has a difficult understanding by the physicians, due to its subjective characteristics, these professionals still have a dual view of the patient, dividing him or her into two different parts: psyche and body. It was also possible to perceive from the statements of the respondents that although there are not therapists working in the treatment of the chronic pain in Bauru, mainly in private clinics, all of them believe that this kind of performance is fundamental. However, with the lack of psychological support, the physician also plays the role of a therapist. This reality can be used as a warning, for the demand for the inclusion of psychological treatment in health teams must arise from the therapists' class, since the physicians do not provide space for other professionals. It must be taken into consideration that the patient is supposed to be understood as psyche-soma, taking into account the best approach for each case, mainly in the chronic pain, where the psychological factor is present, being this pain tangible or not. The performance of a therapist in a health team is each time more necessary for in all the diseases, along with medical treatment.

**Key-Words:** Chronic pain; health team, hospital psychology, psychosomatic and psychological treatment.

# SUMÁRIO

|   |              |
|---|--------------|
| <b>INTRODUÇÃO .....</b>                         | <b>p. 12</b> |
| <b>CAPÍTULO I: REVISÃO DE LITERATURA .....</b>  | <b>p. 16</b> |
| I.1 Tipos de dor .....                          | p. 19        |
| I.2 A dor crônica.....                          | p. 21        |
| I.3 O tratamento.....                           | p. 23        |
| I.4 Os sintomas Psicológicos .....              | p. 26        |
| I.5 Visão médica – panorama psicológico.....    | p. 29        |
| <b>CAPÍTULO II JUSTIFICATIVA.....</b>           | <b>p.33</b>  |
| <b>CAPÍTULO III OBJETIVOS .....</b>             | <b>p.35</b>  |
| <b>CAPÍTULO IV MATERIAIS E MÉTODOS .....</b>    | <b>p. 37</b> |
| <b>CAPÍTULO V RESULTADOS E DISCUSSÕES .....</b> | <b>p. 40</b> |
| 5.1 Tabelas de categorias.....                  | p. 41        |
| 5.2 Resultados em gráficos .....                | p. 43        |
| 5.3 Discussão .....                             | p. 46        |
| <b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>                | <b>p. 58</b> |
| <b>REFERÊNCIAS.....</b>                         | <b>p. 59</b> |
| <b>APÊNDICES.....</b>                           | <b>p. 61</b> |
| Apêndice A .....                                | p. 62        |
| Apêndice B .....                                | p. 63        |
| Apêndice C .....                                | p. 88        |

## INTRODUÇÃO

O que antecedeu a idéia da realização deste trabalho foi a experiência com um caso clínico que acompanhei enquanto psicóloga estagiária do Estágio Supervisionado em Psicossomática na abordagem junguiana no ano de 2003, na clínica escola da Universidade do Sagrado Coração, onde a paciente atendida chegou com a queixa de Fibromialgia e Osteoartrose, se encontrando em estado bastante debilitado por tais dores crônicas. Ao fim do ano letivo, esta paciente já apresentava uma melhora considerável. Foi feito então um estudo de caso onde ficou clara a grande importância do trabalho do psicólogo junto às pessoas com problemas, sincronicamente orgânicos e psíquicos – A Psicossomática.

Para construir o estudo deste caso, foi muito difícil encontrar referências sobre a questão da dor crônica, principalmente no que diz respeito à psicossomática e a importância do acompanhamento psicológico para estes pacientes que sofrem, e muitas vezes nem sequer sabem que existe um fator psicológico associado a esta dor que lhes incomoda tanto. Isto aumentou o meu interesse em escrever sobre este assunto, e à medida que tomava conhecimento, através da literatura, de que os médicos por não encontrarem sinais objetivos nos exames e por terem gastos sem resultados com estes pacientes acabam desacreditando de que realmente exista dor e com isso a terapêutica destes casos acaba ficando limitada, me despertou o interesse, dentro do tema, de investigar a opinião dos médicos mais ligados à questão da dor, que no caso são os Reumatologistas, sobre o trabalho da psicologia junto a estes pacientes, visto que eu já havia conseguido um bom resultado com tal trabalho.

Segundo Ramos (1994), *“Um trabalho de psicologia que enfoque as chamadas doenças orgânicas é sempre uma temeridade numa cultura, que há séculos vem cindindo o homem em duas partes: corpo e psique”*.(p.09).

A classe médica, de forma geral, habituada a resolver, ou pelo menos tentar resolver sozinha os problemas apresentados por seus pacientes, se sente ameaçada quando se depara com um trabalho da psicologia em torno de algo, que para eles – os médicos – é puramente orgânico, como é o caso do presente estudo que vem abordar a questão da dor crônica.

Este trabalho consta de quatro capítulos, sendo que o primeiro deles *Revisão de Literatura*, enfoca a visão de vários autores sobre a dor, em especial a dor crônica. Inicialmente, é falado sobre os vários *tipos de dor*, e suas implicações. A dor pode ser um aviso de que algo não está bem, e não exatamente no corpo, isto é, a dor não deve ser percebida apenas como orgânica, mas também como psicossomática, visto que a natureza do homem é psíquica e orgânica simultaneamente.

Embora não haja na literatura definição a consenso do que possa ser a dor, visto que esta não é cabível de mensuração, ela é experienciada por todos, até mesmo recém nascidos. Somente quem a sente pode conhecê-la; pode saber que intensidade tem a dor, visto que é um dado subjetivo. Segundo Angelotti (2001), *a dor “por ser um sintoma complexo, individual e subjetivo, envolve aspectos sensitivos, emocionais e culturais que só podem ser compartilhados a partir do relato de quem a sente.”*(p. 114)

Em seguida, o enfoque é voltado para *a dor crônica*; esta dor tem um caráter mais complexo do que os demais tipos de dor, sendo uma dor de difícil compreensão, diagnóstico e tratamento. Tal manifestação dolorosa dificulta a compreensão médica, pois, existem componentes subjetivos em sua natureza.

A dor, em geral, para ser diagnosticada como crônica, precisa ter duração de 4 a 6 meses ou mais. A dor aparece e fica num constante vai e vem. Para Rocha (2001), *“a dor quando persiste por vários meses ou anos, ela própria passa a ser a doença, independentemente da causa inicial”*.(p.131)

O Capítulo um enfoca também o *tratamento*, e aqui é dada ênfase à questão do placebo, pois muitas vezes, não é o remédio o fator curador de uma doença, mas a crença do doente de que aquele remédio pode curá-lo, é que o faz; assim pode ocorrer com o placebo; pois como não contém química nenhuma, é o fator psicológico que está atuando na melhora do paciente, ou seja, a vontade que ele tem de se curar é que faz com que se dê uma melhora.

Depois são trabalhados *os sintomas psicológicos*<sup>1</sup>, como ansiedade e depressão enfocando a questão da psicossomática na dor crônica. A somatização pode ser entendida numa linguagem junguiana, como uma tentativa de integrar à consciência o complexo reprimido, sendo que o complexo refere-se a uma área problemática do paciente. O símbolo do sintoma orgânico está registrado no nível inconsciente; com isso, a pessoa que somatiza apresenta uma certa dificuldade em acessá-lo, podendo o sintoma orgânico, se repetir de maneira compulsiva e defensiva como ocorre nas dores crônicas.

Para encerrar o capítulo, o trabalho mostra a visão médica sobre a dor crônica, oferecendo um panorama sobre o trabalho do psicólogo no tratamento da mesma, pois o doente crônico sente dores freqüentes que o incomoda e que o faz peregrinar nos consultórios médicos, mas na maioria das vezes, os médicos, que não conseguem compreender as queixas de seus pacientes, acabam se cansando de tentar curá-los. Por isso existe a necessidade de um tratamento multidisciplinar, onde o psicólogo proporcionaria ao paciente uma compreensão simbólica da dor.

O Capítulo dois, *Justificativa*, nos traz os motivos pelos quais este trabalho veio a se realizar, visto que como o médico não é preparado em sua formação para lidar com as questões subjetivas, o psicólogo, por ser o profissional mais capacitado para isto torna-se um elemento importante na equipe multidisciplinar. Além disso, há a preocupação de amplificar os estudos na área da saúde, pois foi observada uma

---

<sup>1</sup> Embora se compreenda o paciente como um todo psique soma de caráter indissociável, em alguns momentos deste trabalho uma separação didática será necessária.

escassez de literatura referente a atuação do psicólogo junto ao paciente com dor crônica. Em seguida temos o Capítulo III, onde objetivou-se verificar a opinião do médico reumatologista a respeito do tratamento psicológico para a dor crônica, bem como averiguar a existência do psicólogo atuando na dor crônica em clínicas e Hospitais da cidade de Bauru.

O Capítulo IV, *Materiais e Métodos*, mostra que os dados para a realização deste trabalho foram coletados através de entrevistas gravadas e posteriormente transcritas, sendo utilizado para isto, um roteiro constando de seis questões acerca do tema. Para a obtenção dos resultados foi utilizado o método de análise cruzada (qualitativa-quantitativa).

No capítulo que se segue temos os *Resultados e Discussões*, onde foi possível constatar que parte da classe médica continua tendo uma visão dualista do paciente e que existe a carência do suporte psicológico para o paciente crônico. Contudo, todos os entrevistados acreditam que o trabalho do psicólogo seja de fundamental importância.

O importante, na realidade, é que o paciente seja compreendido em um todo psique-soma, considerando-se sempre a melhor terapêutica para cada caso, principalmente na dor crônica seja ela visível ou não, e para isso o psicólogo representa um importante papel dentro de uma equipe multidisciplinar. Na intervenção psicoterapêutica o psicólogo trabalha a partir do significado que a dor tem para ele. (CASTRO, 1999, p. 02)

CAPÍTULO I

*REVISÃO DE LITERATURA*

## CAPÍTULO I REVISÃO DE LITERATURA

O presente estudo tem o intuito de focar as considerações do médico sobre a questão da dor crônica. Esta dor tem um caráter mais complexo do que os demais tipos de dor, sendo uma dor de difícil compreensão, diagnóstico e tratamento. Tal manifestação dolorosa dificulta a compreensão médica, pois, existem componentes subjetivos em sua natureza. A dor pode ser um aviso de que algo não está bem, e não exatamente no corpo, isto é, a dor não deve ser percebida apenas como orgânica, mas também como psicossomática, visto que a natureza do homem é psíquica e orgânica simultaneamente.

Embora não se possa ter uma definição exata do que possa ser a dor, visto que esta não é cabível de mensuração, ela é experienciada por todos, até mesmo recém nascidos. Somente quem a sente pode conhecê-la; pode saber que intensidade tem a dor, visto que é um dado subjetivo. Segundo Angelotti (2001), *a dor “por ser um sintoma complexo, individual e subjetivo, envolve aspectos sensitivos, emocionais e culturais que só podem ser compartilhados a partir do relato de quem a sente.”*(p. 114)

De acordo com Epstein (1989):

A dor é um mecanismo importante para o funcionamento do nosso corpo. Ela nos alerta para a presença de algum problema. Neste sentido, não é somente uma ‘adversária’, uma inimiga que acreditamos deva ser detida a todo custo, mas também uma mensageira, um tipo de professora assinalando a presença de algum perigo. (p.100).

A dor pode ser considerada útil, pois nos avisa de algo que não está bem, a fim de que estejamos alerta para que não aconteça algo mais grave; portanto a dor nos protege dos estímulos nocivos à saúde. Se uma pessoa sofre um acidente que lhe cause uma lesão, a dor irá impedi-lo de praticar exercícios físicos extremos que

possam agravar esta lesão, com isso, para este indivíduo, a dor se torna um fator essencial para sua cura.

*Como já dizia Prescott (1971), “a dor pode ser considerada como uma sensação universal nas formas mais altas da vida, suscitada por algum estímulo desagradável, normalmente uma doença ou uma lesão”.(p. 88)*

Assim, a dor nasce de um estímulo, que pode acometer qualquer órgão do corpo, sendo percebida pela parte sensorial do Sistema Nervoso que nos dá a sensibilidade para distinguir o quente, o frio, a pressão, o toque e, a dor. A resposta a essa dor pode acontecer de duas maneiras: A primeira delas é a percepção do estímulo que está causando desagrado, desconforto; e a segunda é a reação a esse estímulo, que varia de pessoa para pessoa, de acordo com a intensidade da dor vivenciada pelo problema que está sofrendo: uma doença, uma lesão. A expressão da dor é realizada através da comunicação pelo paciente, que pode ser de forma verbal ou não verbal, e inclui gestos, atitudes, posições corpóreas, com a intenção de amenizar a dor. Segundo Mello Filho (1992), *“a exibição desse comportamento na ausência de dor é anormal e constitui o ‘comportamento de dor crônica’”*.(p.170).

Esse comportamento também pode ser denominado de ‘síndrome da dor aprendida’, ou seja, o doente crônico pode se queixar de dor mesmo não sentido dor alguma. A expressão da dor está ligada também a fatores culturais. Um estudo feito por Mark Zborouski (1952 *apud* Mello Filho, 1992), revela que a dor assume significados culturais e sociais bem específicos. Ele comparou a forma como judeus, italianos e americanos expressavam a dor. Os resultados mostraram que os judeus e os italianos demonstravam seus sentimentos de forma mais expressiva que os americanos. Para os primeiros a expressão pública de suas emoções não era tão mal vista como para os americanos, que foram educados para ter autocontrole sobre a situação para evitar queixas ou evitar piedade. (p.166).

Além dos aspectos culturais, o grau de extroversão ou introversão, é um fator importante na expressão da dor, pois os extrovertidos manifestam suas dores de forma mais livre e imediata que os introvertidos. (STERNBACH 1977 *apud* MELLO FILHO, 1992, p.167).

## 1.1 Tipos de Dor

Conforme Mello Filho (1992), a dor recebe duas classificações. A primeira delas considera a origem do estímulo nociceptivo e divide as dores em periféricas, centrais e psicogênicas ou psicossomáticas. A origem da dor periférica pode ser superficial, ou seja, é uma dor cutânea caracterizada por picadas ou ardência e não se consegue obter a localidade exata da dor. A dor profunda inclui as dores do tipo somático, como as originadas em músculos, ossos, articulações, vasos, etc. A dor referida é aquela que expressa uma dor profunda que é sentida longe de seu local de origem. A dor central ou neuropática é caracterizada pela experiência dolorosa em zonas do Sistema Nervoso Central.

A dor central, segundo Rocha (2001):

...inclui as lesões das vias discriminativas do Sistema Nervoso Central na medula espinhal, tronco encefálico, tálamo, cápsula interna, subcortex cerebral, [...] também considera-se as lesões vasculares, traumáticas, neoplásicas, inflamatórias e metabólicas. (p. 133.)

Já a dor psicogênica ou psicossomática, seria aquela em que uma etiologia orgânica não poderia ser encontrada; pois é uma dor de fundo emocional.

Para Prescott (1971):

A dor pode ser psicogênica quando resulta de conflitos psíquicos em um órgão como a cabeça, o estômago ou as costas, sem que nada de anormal seja encontrado nestes órgãos. O exame clínico revela 'nada organicamente errado'. (p.104).

A segunda classificação sobre dores abrange a dor aguda e a dor crônica. A dor conhecida como aguda, é com frequência mais comum que a crônica. Todos nós

temos esse tipo de dor em algum momento da vida; apesar disso, a experiência de dor aguda é um processo complexo que envolve uma série de mecanismos neurofisiológicas, hormonais e psicológicos, que preparam o organismo para uma ação diante de uma reação de alarme.

A pessoa, ao perceber a dor aguda, apresenta uma resposta emocional básica que é a de ansiedade aguda. Os fenômenos somáticos da ansiedade como tremor, palpitações, sudorese, taquicardia, boca seca, dentre outros são freqüentes no aparecimento da dor aguda; visto que, com a dor aparecem também o sentimento de incapacidade para resolver o problema, a possibilidade de o sofrimento ser prolongado e, principalmente o medo de uma doença grave que possa comprometer sua vida futura. (MELLO FILHO, 1992, p. 167-168).

As dores agudas podem ser: dor por queimadura, espasmos de músculos lisos, irritação química de tecidos, estresse tecidual, dentre outros. Além disso, existem as dores agudas graves como a dor no pós-operatório, traumatismos extensos, no infarto agudo do miocárdio, no trabalho de parto, etc. O tratamento para a dor aguda pode ser médico, cirúrgico, com uso de fármacos como antiinflamatórios, antidepressivos quando as dores são somáticas; e também pode ser feito uso de tratamentos não farmacológicos como acupuntura e hipnose. (MELLO FILHO, 1992, p.167-168).

A ansiedade que acompanha a dor aguda pode ser por si mesma, um dos fatores desencadeantes de tal dor. Esta ansiedade pode ser trabalhada através de uma técnica de tranqüilização, onde se obtém inicialmente uma detalhada descrição dos sintomas, que tem seu significado efetivo evidenciado; em seguida o paciente é examinado, é feito um diagnóstico e lhe é esclarecido a fisiopatologia do sintoma, e como consequência de tudo isso vem a tranqüilização. A ansiedade também pode ser tratada com medicamentos, se necessário.

## 1.2 A dor Crônica

A dor de origem crônica pode começar no braço, pegar o pescoço, tomar conta das costas e acabar roubando o sono e a disposição da pessoa acometida por ela. A dor, em geral, para ser diagnosticada como crônica, precisa ter duração de 4 a 6 meses ou mais. A dor aparece e fica num constante vai e vem. Para Rocha (2001), *“dor quando persiste por vários meses ou anos, ela própria passa a ser a doença, independentemente da causa inicial”*.(p.131)

A dor crônica em seu aspecto orgânico pode ser de dois tipos: as nociceptivas e as neuropáticas.

De acordo com Mello Filho (1992):

...nas dores nociceptivas, há lesão tecidual e estímulos nocivos periféricos, somáticos ou viscerais. E continua o autor; sobre as dores neuropáticas, ou por desaferenciação: “São atípicas e muito desagradáveis (em queimaduras, dormência, em carne viva), difíceis de localizar podendo estar associadas com anestesia e ocasionalmente com distrofia simpática reflexa. (p.169).

Para Rocha (2001), o aspecto nociceptivo da dor crônica pode ser exemplificado como:

...compressão mecânica de tecido, lesões térmicas, distensões de vísceras, discinesias de órgão, isquemias teciduais, processos inflamatórios, traumatismos,etc. Neste caso, as dores são descritas como sendo em peso, pontada, cólica, latejamento.(p.133.)

A mesma autora diz sobre a dor por desaferentação:

...resulta de estruturas do sistema nervoso periférico, e está presente nas mononeuropatias (neuralgia do trigêmeo), polineuropatias (neuropatia diabética), mononeuropatia múltipla (neuropatia do mal de Hansen).” (p.133).

A dor nociceptiva, portanto, é uma forma de sensibilidade, que ocorre com a estimulação de moléculas orgânicas devido a uma lesão celular. E a dor por desafferentação ou neuropática, não é estimulada, geralmente é espontânea e pode surgir como uma inflamação, infecção, queimor, formigamento, choques, etc.

Esta enfermidade chamada dor crônica pode afetar a vida de uma pessoa conforme suas características, sua intensidade, a história de vida da pessoa, o grau de limitação da enfermidade e ainda o funcionamento emocional precedente à dor, a dinâmica familiar e o apoio social e financeiro.

Para Cailliet (1988), *“a dor crônica é a mais séria doença incapacitante dos seres humanos”*.(p.231). Isto acontece porque o doente crônico acaba fazendo da doença sua vida, e leva junto com ele nesta longa caminhada, sua família e as pessoas de seu convívio. Além disso, quando a dor aparece o paciente crônico começa uma peregrinação de consultório em consultório, a fim de que descubram uma cura para esta dor, que já é ela própria uma doença.

A dor crônica vem sendo uma grande causadora do absenteísmo no trabalho. As lombalgias, dores lombares na região da coluna, são as mais comuns; seguidas de dor muscular, e dor causada por câncer. É importante lembrar que existe uma distinção entre doentes com dor crônica de natureza não maligna e doentes com dor no câncer em progressão; pois a maior parte da dor no câncer responde rapidamente a tratamentos clínicos estabelecidos, enquanto que o mesmo não ocorre em muitas síndromes crônicas dolorosas não malignas.(SNAS/DPS/C, 1991).

Oliveira (2000), classifica como “doenças da moda”, algumas como brucelose crônica, alergia a alimentos, hipoglicemia, e principalmente no momento, a LER (lesão por esforços repetitivos) e a fibromialgia, dentre outras. (p.06).

De acordo com Angerami -Camon (2001):

...a dor crônica vem sendo estudo nesses últimos anos por um vasto número de especialistas, como médicos, psicólogos, fisioterapeutas e outros na tentativa incansável de minimizar o sofrimento destes pacientes.(p.135).

E o autor continua dizendo que:

...o paciente com dor crônica, geralmente freqüenta o consultório médico em um número maior de vezes que os demais, e quase sempre os recursos terapêuticos são experimentados sem sucesso. (p.135).

Mello Filho (1992), afirma que *“é incalculável o montante de tempo e de recursos gastos com os paciente de dor crônica (DC)”*.(p.169).

Os pacientes crônicos, por estarem sempre nos consultórios e clínicas médicas, pois suas dores são incessantes, acabam sendo classificados como “chatos”, e para “alguns médicos”, eles dão prejuízos, visto que eles acreditam que estão perdendo tempo e recursos com pacientes que nunca melhoram, assim, a terapêutica da dor se torna dificultosa. Alguns desses pacientes até são submetidos a cirurgias desnecessárias.

### **1.3 O Tratamento**

Na terapêutica da dor crônica podem ser usados fármacos como psicotrópicos (antidepressivos), bloqueios anestésicos, além de fisioterapia e psicoterapia. Os antidepressivos servem para combater a depressão, que está presente no paciente com dor crônica; a fisioterapia proporciona relaxamento muscular e normalização da postura; e a psicoterapia permite tratar distúrbios afetivos associados à dor. Nas dores crônicas neuropáticas os fármacos comumente usados são a fenantonina, a carbamazepina, e o clonazepam. Os antidepressivos tricíclicos, também é útil em dores neuropáticas.

Segundo Mello Filho (1992):

Diga-se de passagem que os antidepressivos tricíclicos, mercê de sua ação sobre o sistema descendente modulador da dor, têm um papel assegurado em diferentes tipos de dor orgânica crônica, seja ela somática, como artrite reumatóide, ou visceral, como em alguns tipos de neoplasias, entretanto, neste último caso, como coadjuvante dos opiáceos.(p.171).

A utilização de substâncias opiáceas como a morfina em pacientes com dor no câncer sempre foi bem aceita, todavia, o manejo de tal substância em pacientes com dor crônica não neoplásica, Isto é, não ligada ao câncer, ainda é controverso, visto que alguns autores acreditam que os opióides não sejam eficazes no tratamento deste tipo de dor.

De acordo com Pimenta (1998):

Tolerância, efeitos adversos, piora da incapacidade, dependência física e psíquica e dificuldades para a aquisição são, entre outras, as razões para o não uso freqüente de tais agentes analgésicos, a não ser em casos de intenso sofrimento (...), os critérios para o uso em doentes com dor crônica não neoplásica estão ainda sendo elaborados.(p.03).

Na verdade, não se sabe de casos de pacientes que se submeteram à esse tipo de tratamento e ficaram dependentes psiquicamente, talvez devido à falta de critérios para se avaliar tal dependência.

Para Pimenta (1998), *“O potencial para adição não resulta somente das propriedades dos fármacos, mas também da interação entre estas e aspectos físicos, psíquicos e sociais de cada indivíduo.”*(p.09).

O uso do placebo também pode ser considerado um tratamento para a dor crônica, contudo existem muitas resistências quanto a sua utilização. Médicos e bioquímicos, não acreditam na eficácia do uso do placebo, pois para eles, quando

um medicamento químico é testado apresenta muito mais resultado do que o placebo.

Segundo Ramos (1994):

O fato de que o placebo tenha aliviado os sintomas de 30 a 40 por cento dos pacientes passa, em geral, sem maiores reflexões. Pois, que 'droga' maravilhosa é essa que cura 30 a 40 por cento dos pacientes com 'nada'?(p.121-122).

Muitas vezes, não é o remédio o fator curador de uma doença, mas a crença do doente de que aquele remédio pode curá-lo, é que o faz; assim pode ocorrer com o placebo; pois como não contém química nenhuma, é o fator psicológico que está atuando na melhora do paciente, ou seja, a vontade que ele tem de se curar é que faz com que se dê uma melhora.

A mesma autora afirma ainda que:

Estudos mais científicos, onde nem médicos nem pacientes sabem que estão usando placebo, têm mostrado que 35 por cento dos pacientes com ampla variedade de dor pós-operatória tiveram alívio significativo com placebo. Um alívio da dor que em alguns casos chega a 50 por cento.(p.122).

Através do estudo do placebo, se abre uma nova perspectiva para tentar se compreender a comunicação psique-corpo, e como a psique pode ordenar mudanças bioquímicas, essenciais para mobilizar as tarefas corporais.

A palavra placebo, usada freqüentemente para se referir a pílulas de açúcar, ou a qualquer procedimento que não tenha valor terapêutico intrínseco, significa literalmente "eu devo agradecer". É associada à idéia de prazer ou de amenizar o sofrimento daquele que o toma. (RAMOS, 1994, p.122).

Assim, o uso do placebo no tratamento de doenças graves ou no tratamento da dor crônica, pode surtir efeitos consideráveis, beneficiando os doentes crônicos, então, vale a pena tentar.

#### **1.4 Sintomas Psicológicos – Visão Psicossomática**

Os sintomas psicológicos que estão associados às dores crônicas são a ansiedade e a depressão.

A ansiedade generalizada é encontrada de forma significativa em pacientes com dor crônica; o paciente pode demonstrar uma preocupação excessiva diante das circunstâncias da vida.

Para Angerami - Camon (2001):

...a ansiedade, como um dos componentes afetivos da dor, é primeiramente observada como uma qualidade negativa, sendo despendida maior atenção aos pacientes com dor crônica. É também associada com o aumento da percepção da dor e com os fatores que aumentam e complicam o risco de saúde prolongando a experiência dolorosa.(p.119).

Referindo ao mesmo tema, temos em Epstein (1989), que:

Junto com a depressão, este estado emocional negativo e generalizado, é gerado de dentro para fora, diferentemente do medo, que é uma reação que acontece fora de nós. A ansiedade é sempre produzida em relação ao tempo, isto é, em relação com preocupações com o futuro.(p.62).

A ansiedade é caracterizada por aflição e desconforto provenientes do sofrimento dos seres humanos em relação ao que pode acontecer futuramente.

Sobre o aspecto depressivo em pacientes com dor crônica, Angelotti (2001), afirma que:

Quando a dor se torna um problema persistente durante vários meses ou anos, os indivíduos tendem a pensar de forma negativa ou auto-destrutiva, provocando efeitos profundos, generalizando seus pensamentos depressivos e negativos, de forma inadequada, a respeito de si mesmos.(p.122).

Ainda sobre o mesmo tema, encontramos em Epstein (1989), que:

A depressão, em suas várias facetas, pesar, luto, melancolia, tristeza, mudanças repentinas de humor e assim por diante, é certamente a desordem emocional crônica mais disseminada do mundo. Em um grande número de casos, estas várias formas estão diretamente relacionadas a uma perda ou raiva direcionada para si mesmo.(p.81).

Dependendo do grau da perda, as pessoas reagem com pesar e luto; se este estado permanecer por um longo período, cerca de três meses ou mais, e as atividades da pessoa começar a diminuir, junto com o apetite, o sono, o interesse pela vida e o desejo sexual, pode-se dizer que a depressão está instalada.

Segundo Chapman e Bonica (1983 *apud* MELLO FILHO, 1992):

...o comportamento de dor crônica pode ser um reflexo e um símbolo de sofrimento experimentado pelo doente em outras áreas da vida, tal como a perda de um ou mais entes amados, situações existenciais difíceis, desajuste profissional, responsabilidades pesadas, discórdia conjugal, etc. (p.170)

Ramos (1994), ressalva que o símbolo do sintoma orgânico não pode ser atribuído a perfis ou acontecimentos de forma generalizada, mas o sintoma se deve muito mais à uma dificuldade de expressar um conflito de forma abstrata, ficando este preso ao corpo.

O luto que deve ser realizado pelo doente crônico é pela perda do corpo sadio, pois a pessoa deve estar consciente de que agora com a doença, terá de enfrentar algumas mudanças em sua vida; assim como acontece com a perda de alguém querido, e se a pessoa não consegue elaborar esse luto, começa a desenvolver sintomas depressivos. Na psicologia a dor é vista como um símbolo; como uma representação de algo que está inconsciente, e que precisa ser conhecido, porém, o trabalho da psicologia no campo da organicidade ainda encontra algumas barreiras.

Para Ramos (1994), *“Um trabalho de psicologia que enfoque as chamadas doenças orgânicas é sempre uma temeridade numa cultura, que há séculos vem cindindo o homem em duas partes: corpo e psique”*.(p.09).

Por mais que a cultura em que estamos inseridos esteja procurando entender à relação entre psique e corpo, ainda assim, se torna difícil compreender a complexidade da formação de um símbolo, visto que a doença orgânica é a simbolização, no corpo. E quanto mais arcaico for o símbolo, mais organicamente ele se apresenta.

A mesma autora continua, dizendo que:

...quando um adulto reage com um sintoma físico a uma sensação de abandono, ele estaria revivendo um padrão infantil de comportamento, como uma criança, a qual, por não ter uma linguagem verbal, responde psicossomaticamente à dor emocional.(p.45).

Isto é, quando uma pessoa passa por uma situação difícil, seja ela qual for, onde seu estado emocional é prejudicado e ela não consegue simbolizar isto abstratamente, ou seja, não consegue transcender o problema ela pode expressar seu simbolismo de maneira arcaica, onde o corpo é que fala. Portanto, segundo Ramos (1994), *“o símbolo é a expressão do fenômeno psique-corpo, feita através da percepção das alterações fisiológicas e das imagens referentes, sincronicamente”*.(p.51).

Assim, a somatização pode ser entendida como uma tentativa de integrar à consciência o instinto, ou na linguagem junguiana, o complexo, reprimido. O símbolo está registrado no nível inconsciente; com isso, a pessoa que somatiza apresenta uma certa dificuldade de se expressar num nível mais consciente, podendo o sintoma orgânico, se repetir de maneira compulsiva e defensiva como ocorre nas dores crônicas.

### 1.5 Visão médica – panorama psicológico

A dor, especialmente a dor crônica, é difícil de ser compreendida, principalmente pela classe médica por ser subjetiva e não objetiva como os médicos gostariam que fosse. O doente crônico, como já foi visto, sente dores freqüentes; dores que os incomodam e que os fazem peregrinar nos consultórios médicos; mas na maioria das vezes, os médicos, que não conseguem compreender as queixas de seus pacientes, acabam se cansando de tentar curá-los.

Para Castro (1999):

“A dor pode influenciar a vida do indivíduo através de vários fatores: sua estrutura de personalidade, como age, ou reage diante da dor, o que pensa e sente a seu respeito e as conseqüências para sua vida [...] Pode-se dizer que, dependendo da forma como esses fatores estiverem presentes na vida do paciente, sua melhora poderá ou não ser facilitada.” (p. 01)

Já Oliveira (2000), defende que em muitas síndromes consideradas crônicas, *“os agentes nocivos não são demonstráveis e, mesmo assim, as pessoas acometidas alegam grau elevado de sofrimento e incapacidade, ficando o médico perplexo pela desproporção entre queixas e sinais objetivos”*.(p.03).

O mesmo autor afirma ainda que sinais clínicos atribuídos a algumas síndromes de dor crônica (SDC), como a fibromialgia, são geralmente de natureza duvidosa, ou de especificidade baixa. (p.03-04).

Segundo Mello Filho (1992):

Não poucas vezes os enfermos com dor crônica são despachados de forma mais ou menos sumária, por seus clínicos, cansados com as queixas constantes do paciente que nunca melhora, qualquer que sejam os recursos terapêuticos utilizados.(p.169).

Já Oliveira (2000), afirma que:

Fatores psicológicos e sociais produzem um comportamento de doença anormal, caracterizado basicamente por uma desproporção entre sinais objetivos escassos, queixas exacerbadas e alegação de incapacidade. (p.01)

Por menos conhecimento que tenham os médicos sobre a subjetividade da dor, acredita-se que não deva considerar as queixas dos pacientes como “exacerbadas” ou “duvidosas”, pois somente o doente acometido pela cronicidade da dor é que pode saber como ele se sente, quais suas limitações e prejuízos que a dor acarretou à sua vida, não cabendo a nós, julgá-los.

A posição do médico deve ser levada em conta, visto que este em sua formação acadêmica não foi educado e nem tampouco treinado para compreender a dor do paciente em seu aspecto subjetivo, pois para o médico só é cabível trabalhar com aquilo que é objetivamente mensurável, e com a dor isso não é possível. Os médicos ainda enfrentam um outro problema, que é receber pacientes que dizem ter dores somente para conseguirem um atestado para faltar ao trabalho, e como a dor não é mensurável, não tem como saber se o paciente está dizendo a verdade, tendo que fazer um diagnóstico baseado somente em queixas. Mas isto não será levado em conta aqui.

Embora devamos considerar o paciente como um todo psique-soma, o médico não pode querer tratar o paciente em sua totalidade, pois mesmo dentro de sua

especialidade isso não seria possível, visto que isto lhe exigiria tempo e conhecimento do ser humano como um todo, por isso a necessidade do trabalho multidisciplinar.

Romano (1994), afirma que:

A crescente necessidade de pesquisa e compreensão dos fenômenos no funcionamento do corpo humano exigiam dos médicos muito mais tempo do que eles dispunham, surgindo a figura do especialista na intenção de se dedicar aos conhecimentos cada vez mais específicos de partes ou sistemas do corpo humano. O médico já não pode se responsabilizar por toda uma família e a tecnologia se incumbem de substituir o inquérito pelos avançados recursos para se estabelecer diagnósticos. [...] Ao médico é conferido o direito e o poder de manipular, cortar, examinar profissionalmente os corpos, curar e decidir sobre a vida e a morte. (p.139)

Por isso, nós da área de psicologia, devemos considerar o paciente em sua totalidade, tentando compreender a dor do paciente; pois somente os conhecimentos dos mecanismos biológicos envolvidos na dor, não são suficientes para compreender as pessoas com dor crônica.

A grande maioria dos pacientes crônicos acaba fazendo da doença sua vida e peregrinando de consultório em consultório em busca de uma solução para sua dor e, muitas vezes os médicos perdem a paciência com tais doentes. Estes se queixam constantemente e por mais recursos que sejam usados, nunca se curam, visto que é necessária uma compreensão da subjetividade de sua dor, além dos mecanismos orgânicos, e na maioria das vezes a pessoa que somatiza se empenha no tratamento psicológico, pois deseja se conhecer melhor e descobrir seus conteúdos mais profundos.

Romano (1994), afirma que:

Ao empreender um tratamento doloroso, o paciente estará pronto a cooperar, enfrentar dificuldades, seguir orientações. Existe o desejo consciente e inconsciente de se obter ajuda do psicólogo para ter

compreendidas e superadas as suas dificuldades internas de estar doente. (p.143)

Assim, poderíamos nos perguntar, que efeitos a atuação do psicólogo teria junto aos doentes crônicos? E qual a opinião do médico em relação ao trabalho do psicólogo junto a seus pacientes?

Contudo, podemos pressupor que a dor crônica possui uma dimensão simbólica do conflito, mas esta se encontra inacessível à consciência, pois está presa ao corpo. O psicólogo é o profissional que lida com as questões subjetivas do conflito. Portanto, numa equipe multidisciplinar, no tratamento da dor crônica, este se apresenta como uma figura essencial sendo ele um diferencial neste tratamento.

O atendimento psicológico realizado por um profissional especializado em psicossomática pode proporcionar ao paciente meios para que este possa compreender seus conteúdos mais profundos que simbolicamente surgem na forma de uma doença ou dor e a partir daí, buscar sua harmonia psique-soma.

CAPÍTULO II

*JUSTIFICATIVA*

## **CAPÍTULO II JUSTIFICATIVA**

Uma equipe multidisciplinar que envolva um psicólogo responderia à necessidade do paciente, que se expressa pelo sintoma orgânico, de ser compreendido simbolicamente através da concretude do sintoma, visto que na medicina tradicional não se procura compreender o paciente como uma totalidade, pois não são treinados para isto, mas somente para tratar o paciente em seus aspectos puramente orgânicos, mensuráveis e objetivos.

Por outro lado, a abordagem psicossomática, procura compreender o homem como um ser integrado; isto é, considera, além do sintoma orgânico, sua subjetividade. Com isso, o psicólogo em uma equipe de saúde, é o profissional mais capacitado para lidar com a subjetividade da dor; justificando assim, a necessidade da introdução do mesmo na equipe de saúde.

A importância da investigação da opinião de médicos a respeito do trabalho do psicólogo se torna muito relevante neste trabalho, visto que mesmo sabendo o quanto o trabalho deste profissional pode ajudar na recuperação de pacientes somatizantes, dificilmente oportunizam a inserção do psicólogo numa equipe multidisciplinar.

Todo trabalho que se preocupe com uma amplificação das atuações em saúde, explorando a contribuição específica de cada área da ciência, contribui para a evolução das pesquisas e das próprias ciências envolvidas. Além do que, observa-se uma escassez de literatura referente à atuação do psicólogo junto ao paciente com dor crônica.

**CAPÍTULO III**

***OBJETIVOS***

### **III OBJETIVOS**

#### **Objetivo Geral:**

- ✓ Verificar as considerações do médico a respeito do trabalho do psicólogo no tratamento da dor crônica.

#### **Objetivos Específicos:**

- ✓ Identificar o efeito da atuação do psicólogo no tratamento do paciente com dor crônica;
- ✓ Averiguar a existência do psicólogo atuando no tratamento da dor crônica, em clínicas especializadas e hospitais da cidade de Bauru.
- ✓ Identificar a necessidade de atuação do psicólogo na equipe multidisciplinar.

CAPÍTULO IV

*MATERIAIS E MÉTODOS*

## **CAPÍTULO IV – MATERIAIS E MÉTODOS**

Optou-se pela análise cruzada (qualitativa-quantitativa) devido ao caráter subjetivo das questões, somado à necessidade de se quantificar os dados, priorizando a análise qualitativa pela preocupação com os significados que as pessoas dão aos fenômenos da realidade. No plano da análise quantitativa foram utilizados aspectos da análise de conteúdo de Bardin.

Os dados foram levantados nos consultórios médicos especializados no tratamento da dor. Os sujeitos da pesquisa somaram um total de cinco, sendo que a população inicial totalizava oito sujeitos que foram localizados através de uma cooperativa médica e logo depois contatados através de telefonemas e recebendo posteriormente em mãos uma carta de apresentação informando como seria realizado o presente trabalho e averiguando se gostariam de participar do mesmo. Dos oito contatados apenas cinco confirmaram sua participação na pesquisa. Todos os contatados são médicos especializados na área da Reumatologia, por ser esta área a que mais se relaciona com a questão da dor crônica não neoplásica. A cooperativa médica informou que só existem oito médicos reumatologistas atuando na cidade de Bauru.

A coleta de dados foi efetuada em forma de entrevistas estruturadas, que foram gravadas e posteriormente transcritas para uma maior fidedignidade dos resultados. No momento da entrevista foi lido e entregue a cada participante um termo de consentimento. O roteiro de entrevista constou de seis questões referentes ao tema.

Nestas entrevistas, foi averiguado com os médicos reumatologistas: As necessidades específicas na terapêutica do paciente crônico; as formas de tratamentos existentes para estes casos; se já trabalharam ou não com Psicólogo numa equipe multidisciplinar, com pacientes crônicos; a opinião do médico a respeito

do trabalho do psicólogo no tratamento da dor crônica; a existência de Psicólogos atuando no tratamento da dor em clínicas e hospitais em Bauru; e eventuais considerações acerca do tema.

Os dados foram analisados de forma interpretativa. O plano de análise dos dados compreende o levantamento de categorias do discurso dos sujeitos da pesquisa em busca das convergências e divergências embutidas nas verbalizações dos mesmos.

O roteiro de entrevista que foi utilizado se encontra em apêndice.

**CAPÍTULO V**

***RESULTADOS E DISCUSSÕES***

## CAPÍTULO V RESULTADOS E DISCUSSÕES

### 3.1 TABELA DE CATEGORIAS

**CATEGORIA 01:** *Necessidades específicas na terapêutica do paciente crônico.*

| <b>Necessidades</b>            | <b>FA</b> | <b>%</b>   |
|--------------------------------|-----------|------------|
| Equipe multidisciplinar        | 2         | 40         |
| Terapia para fibromialgia      | 1         | 20         |
| Compreensão da dor (médico)    | 1         | 20         |
| Conhecimento da dor (paciente) | 1         | 20         |
| <b>Total</b>                   | <b>5</b>  | <b>100</b> |

**CATEGORIA 02:** *Formas de tratamentos existentes para estes casos.*

| <b>Tratamento</b>          | <b>FA</b> | <b>%</b>   |
|----------------------------|-----------|------------|
| Fisioterápico              | 4         | 36,36      |
| Medicamentoso              | 3         | 27,27      |
| Terapias alternativas      | 2         | 18,18      |
| Psicológico em instituição | 1         | 9,09       |
| Tratamento global          | 1         | 9,09       |
| <b>Total</b>               | <b>11</b> | <b>100</b> |

**CATEGORIA 03:** *Trabalhou ou não com Psicólogo numa equipe multidisciplinar, com pacientes crônicos.*

| <b>Já Trabalhou</b>                | <b>FA</b> | <b>%</b>   |
|------------------------------------|-----------|------------|
| Em hospitais:sim; em clínicas: não | 3         | 60         |
| Somente na clínica                 | 1         | 20         |
| Encaminha para psicóloga           | 1         | 20         |
| <b>Total</b>                       | <b>5</b>  | <b>100</b> |

**CATEGORIA 04:** *Opinião do médico a respeito do trabalho do psicólogo no tratamento da dor crônica.*

| <b>Opinião</b> | <b>FA</b> | <b>%</b>   |
|----------------|-----------|------------|
| Fundamental    | 5         | 100        |
| <b>Total</b>   | <b>5</b>  | <b>100</b> |

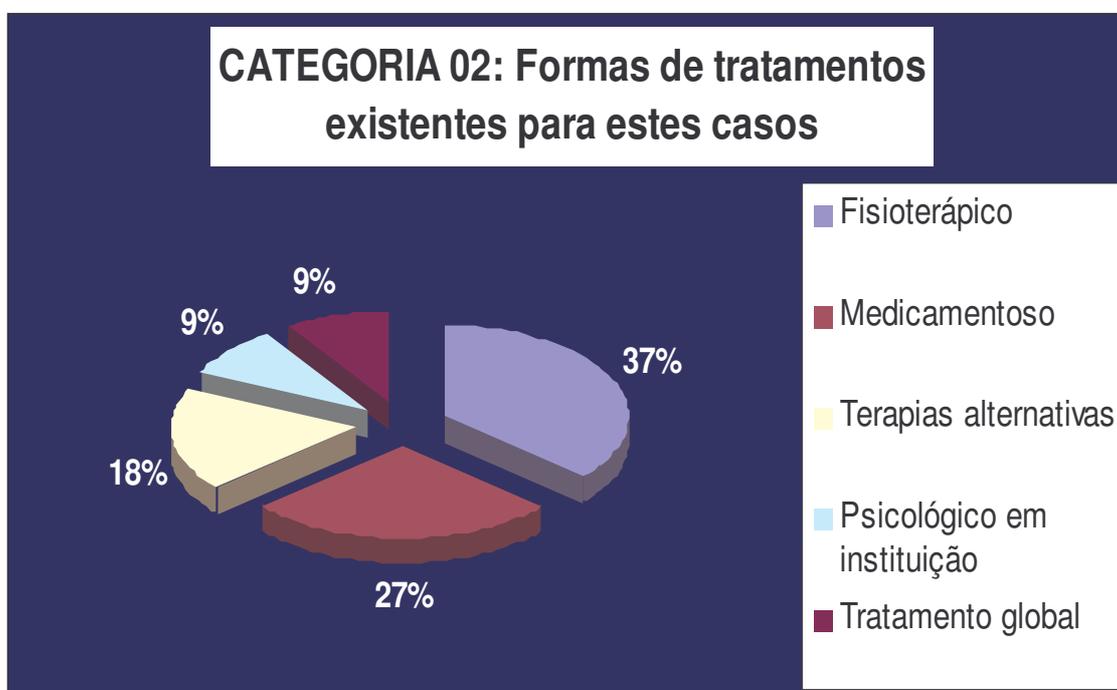
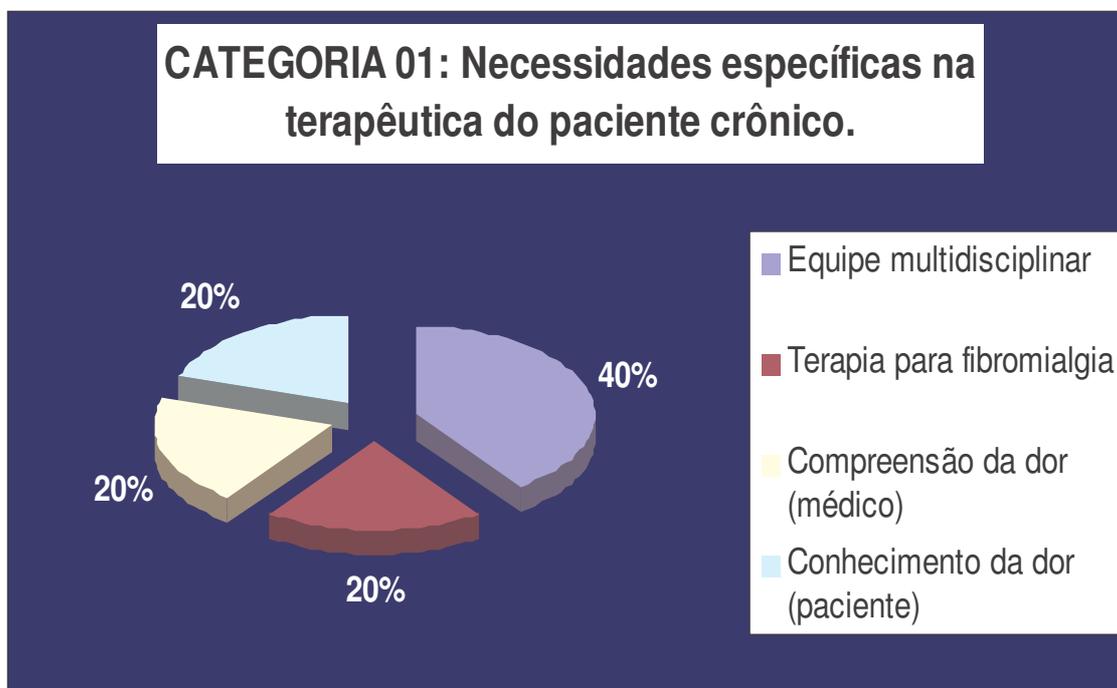
**CATEGORIA 05:** *Existência de Psicólogos atuando no tratamento da dor em clínicas e hospitais em Bauru.*

| <b>Trabalho do psicólogo</b> | <b>FA</b> | <b>%</b>   |
|------------------------------|-----------|------------|
| Em dor crônica não existe    | 3         | 60         |
| Existe no hospital           | 1         | 20         |
| Conhece alguns que trabalham | 1         | 20         |
| <b>Total</b>                 | <b>5</b>  | <b>100</b> |

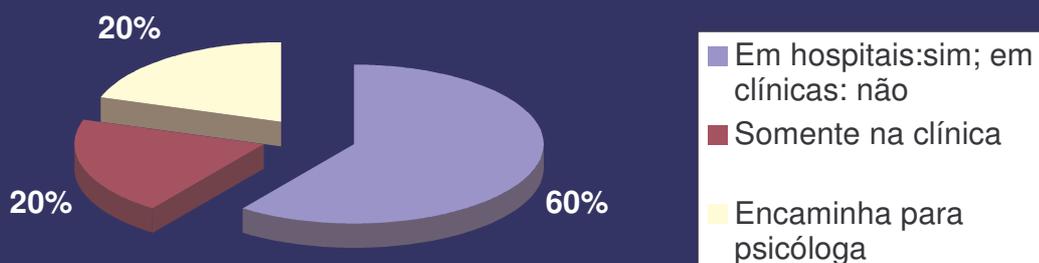
**CATEGORIA 06:** *Eventuais considerações acerca do tema.*

| <b>Considerações</b>   | <b>FA</b> | <b>%</b>   |
|------------------------|-----------|------------|
| Muito interessante     | 4         | 57,14      |
| Difícil pensarem nisso | 2         | 28,57      |
| Importante             | 1         | 14,28      |
| <b>Total</b>           | <b>7</b>  | <b>100</b> |

### 3.2 RESULTADOS EM GRÁFICOS



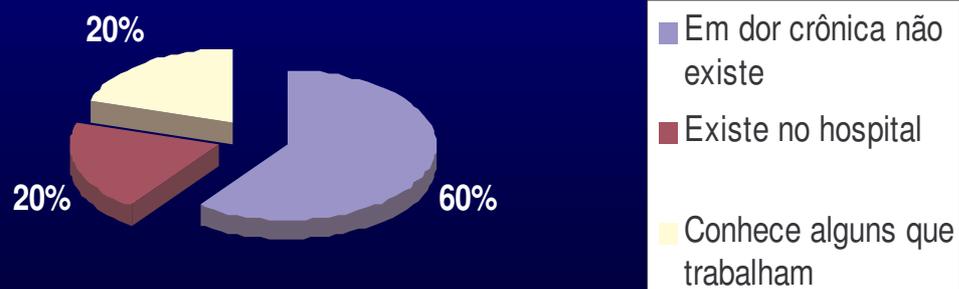
### CATEGORIA 03: Trabalhou ou não com psicólogo numa equipe multidisciplinar, com pacientes crônicos



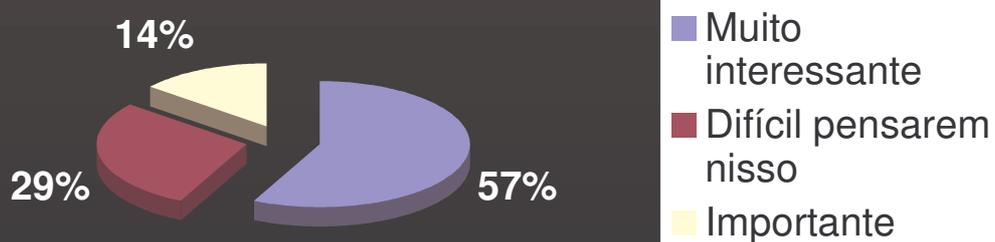
### CATEGORIA 04: Opinião do médico a respeito do trabalho do psicólogo no tratamento da dor crônica.



### CATEGORIA 05: Existência de Psicólogos atuando no tratamento da dor em clínicas e hospitais em Bauru.



### CATEGORIA 06: Eventuais considerações acerca do tema



### 3.3 DISCUSSÃO

Dentro da primeira categoria, que diz respeito às necessidades específicas na terapêutica do paciente com dor crônica, 40% dos entrevistados, o correspondente a 02 sujeitos, acreditam que um trabalho em equipe seja o aspecto mais necessário para que o paciente obtenha uma melhora, pois o mesmo deve receber um tratamento global incluindo o fisioterapeuta, o médico, o psicólogo e o nutricionista, podendo haver uma avaliação de abrangência psicofísica.

Em seguida temos que 20% da amostra, que corresponde a 01 sujeito, acaba cindindo o paciente crônico em dois segmentos. No primeiro deles, o sujeito enquadra as doenças osteoarticulares, como Artrite e Lupus, onde existe realmente um quadro inflamatório, que em sua opinião deve ser tratado apenas por médicos, dispensando o auxílio psicológico. No segundo segmento, que ele classifica como dores miofaciais, ou Reumatismos de partes moles, - como exemplo cita a Fibromialgia – afirma que os pacientes vêm se queixando de dores, mas não se tem uma inflamação ou um desgaste. Para este grupo de pacientes, o sujeito afirmou indicar terapia para todos, quando há concordância do paciente, pois aqui “existe um componente psicossomático” (SIC), o que é diferente do primeiro segmento, que quando aparece com depressões associadas, ele mesmo resolve com antidepressivos, pois afirma ter preparo para isto.

Ramos (1994), já reconhecia esta realidade ao afirmar que:

Ao psicólogo são enviados, em geral, os casos em que as ‘causas orgânicas’ se encontram excluídas. A ele cabem somente os pacientes que tem ‘distúrbios emocionais’, o que não deixa de ser mais um esforço da ‘esquizofrenia’ prevalente nos nossos meios profissionais. (p.10)

E continua a autora, afirmando que:

A queixa de mal-estar orgânico sem fundamento biológico é, até os nossos dias, considerada falsa pela medicina tradicional. É deixada de

lado ou reduzida a um fenômeno 'puramente' psicológico e, conseqüentemente, de 'menor valia'. (p.25)

Ou seja, quando a dor parece visível ou mensurável, o médico acredita que não exista um componente psicológico associado, sendo o tratamento medicamentoso suficiente para resolver o problema. Mas, onde a dor aparece como um enigma, e o médico não consegue compreendê-la, chegando a duvidar que a dor realmente exista, ele encaminha para atendimento psicológico.

A presente consideração a respeito das dores crônicas vem confirmar a teoria levantada por Oliveira (2000), onde ele afirma que as pessoas acometidas pelas dores crônicas alegam grau elevado de sofrimento e incapacidade, ficando o médico perplexo pela desproporção entre queixas e sinais objetivos, e que alguns sinais clínicos atribuídos a algumas síndromes de dor crônica como a fibromialgia, são de natureza duvidosa.

Ora, provavelmente este médico não tenha aplicado o princípio da empatia em suas consultas para tentar compreender a subjetividade da dor de seus pacientes, pois só consegue entender em partes, aquilo que pode ver, o que é objetivo. Digo, em partes, porque nas dores que acredita haver realmente um quadro inflamatório, pois pode ver ou medir, desconsidera a subjetividade da dor.

Já foi falado em algumas passagens deste trabalho sobre a desconsideração da subjetividade da dor por parte do médico, e na página 29 do capítulo *Revisão de Literatura*, foi comentado que o médico, em sua formação acadêmica, não é treinado para lidar com a dor em seu aspecto subjetivo, mas sim com questões objetivas.

E, sobre a formação acadêmica do médico, Winter (1997), relata :

Desconheço faculdades de medicina que incluam por um período mais prolongado, a dimensão psíquica do homem, conseqüência que agirá diretamente no âmbito do tratamento, atingindo tanto médico quanto o doente. (p. 97)

E continua a autora:

Por outro lado, sabemos que existe uma cadeira curricular, obrigatória em quase todas as faculdades, a de 'Psicologia Médica', só não sabemos como é utilizada e o que se transmite no sentido de abranger as reais dificuldades relacionadas ao corpo doente, ou melhor, ao homem doente e se inclui ou não de forma mais profunda e assertiva de que, quem veste um uniforme branco, também é um homem, vítima de fantasmas inconscientes, fobias, neuroses, que não ficarão em casa, deixando o profissional trabalhar ileso a seus apelos internos. (p.97)

Isto é, o médico não tem a obrigação e nem recebeu preparo para lidar com questões subjetivas, porém é um ser humano, e como tal sabe que todos nós, inclusive eles tem suas implicações psíquicas que não podem ser postas de lado. Contudo, a aula de Psicologia Médica que têm na faculdade deve servir no mínimo para reconhecer que o paciente precisa conhecer os aspectos subjetivos de sua dor e, principalmente que existe alguém que pode fazer este trabalho por ele, e este alguém é o psicólogo.

O modelo biomédico, que era reducionista, desconsiderou a subjetividade das doenças, considerando o sintoma e os sistemas corporais em separado. Isto deu origem às especialidades que, desejando tratar melhor o paciente, acabaram por cindi-lo ainda mais.

Ramos (1994), coloca que:

A ênfase sobre os sistemas corporais como um todo foi substituída pela tendência a reduzir os sistemas a partes menores, com cada sistema considerado em separado. Ao mesmo tempo o foco saiu do individual e foi transferido para os aspectos universais da patologia. (p.23)

Levando-se em conta que toda dor é subjetiva, uma vez que não é mensurável, o profissional que lida com esta dor, precisa estar preparado para

compreendê-la em sua amplitude e saber que existem outros tipos de tratamentos, que não apenas o medicamentoso.

Sobre uma doença crônica em particular, a LER, Merlo (2001), Afirma que:

Todos os fatores descritos e característicos da LER/DORT concorrem para seu difícil diagnóstico e tratamento; ainda, seus portadores, em geral, apresentam quadros clínicos onde os sintomas e a dor crônica não condizem com os resultados do exame clínico. Por outro lado, a falta de melhora e a grande incapacidade associada aos casos têm demonstrado a pouca eficácia dos tratamentos isolados. (p.05)

Já para o próximo sujeito da amostra, que também corresponde a 20%, a maior necessidade na terapêutica do paciente crônico, é que o médico compreenda a subjetividade da dor de seu paciente, ou seja, que o veja como um todo, e não em partes distintas. Ele afirma que qualquer médico pode receitar remédio, mas que a maioria não consegue compreender a dor de seu paciente, pois esta não é mensurável. Estas duas visões contrárias evidenciam que parte da classe médica continua vendo a dor como algo objetivo e orgânico, mas que alguns médicos estão começando a quebrar o paradigma de que esta não pode ser medida, pois é subjetiva, e que o profissional mais apto para lidar com a subjetividade é o psicólogo, mas que é necessário um trabalho conjunto para a melhora do paciente. Ao médico cabe compreender este fato e valorizar também outras profissões da área da saúde.

O último sujeito da amostra que diz respeito a 20% aponta como necessidade fundamental na terapêutica da dor crônica, o conhecimento e a compreensão da dor por parte do paciente, pois para este sujeito, é necessário que o paciente conheça os motivos pelos quais ele tem dor para procurar meios de obter uma melhora e ser re-adaptado às suas condições de vida. Esta consideração é importante, porém não é necessário somente isto para que haja uma melhora da dor.

Nesta categoria, a maioria dos sujeitos teve opiniões diferentes à cerca do que foi perguntado, sendo que somente dois deles tiveram o mesmo ponto de vista. Talvez o ideal fosse reunir todas estas considerações e trabalhar o paciente numa equipe multidisciplinar, onde ele pudesse ser visto em sua totalidade, recebendo um apoio merecido, para que compreendesse e fosse compreendido, sendo desta forma tratado como um ser humano, que é.

Na segunda categoria descrita, que investigou as formas de tratamento existentes até os dias de hoje para os casos de dor crônica, foi possível perceber, segundo os relatos dos participantes que há uma predominância do tratamento fisioterápico, sendo sua correspondência na amostra, de 36,36%; enquanto que logo em seguida aparece o tratamento medicamentoso com 27,27% de indicações, de acordo com os dados coletados. É possível que os demais participantes da pesquisa não tenham se lembrado de mencionar tal forma de tratamento, visto que por serem médicos trabalham diretamente com o mesmo.

As terapias alternativas, como acupuntura, massagens e drenagens linfáticas, foram apontadas como formas de tratamentos existentes por dois sujeitos, ou o correspondente a 18,18% da amostra. Já o atendimento psicológico ao paciente com dor crônica, existe neste contexto em somente 09,09%, ou seja, apenas 01 sujeito apontou-o como forma de tratamento já existente, mas ainda assim, somente em uma instituição hospitalar; em clínicas particulares, não confirmou-se a atuação do atendimento psicológico numa equipe multidisciplinar para o tratamento da dor nesta categoria.

Por fim, temos que outros 09,09% da amostra relatou a existência de um tratamento global para os pacientes com dor crônica, sendo que este consta de um acompanhamento médico, nutricional e psicológico, embora não haja a figura do psicólogo atuando no tratamento da dor, na clínica do participante correspondente a tal afirmação e o mesmo também não atua em hospitais. Talvez possa ser identificada aqui uma contradição, visto que atuação do psicólogo pôde ser

constatada nos dizeres do sujeito, embora este tenha dito que existe tratamento global para a dor crônica, incluindo o psicológico.

A categoria 03 investigou se os participantes já trabalharam ou não com psicólogos numa equipe multidisciplinar, no tratamento de pacientes crônicos. Os resultados apontaram que 60% da amostra, ou seja, 03 sujeitos, já tiveram a oportunidade de trabalhar com psicólogos em hospitais, porém não em suas clínicas particulares, afirmando que na clínica há uma carência desse suporte.

Faz-se necessário lembrar que o trabalho do Psicólogo nos hospitais foi colocado como sendo abrangente, e não focado na dor crônica; assim o tratamento psicológico para o doente crônico funciona como um apoio, visto que este profissional trabalha com todas as patologias existentes na instituição, além de dar apoio também às famílias dos pacientes e equipe hospitalar. Provavelmente não existe um especialista em psicossomática, e sim um psicólogo hospitalar, que é uma figura indispensável na instituição, contudo precisa desempenhar todas estas funções, não havendo tempo para se dedicar no tratamento de patologias específicas.

Segundo Romano (1994):

No hospital, o psicólogo tem uma função ativa e real, que não puramente interpretativa, mas que corresponda a dados da realidade prática que compõem o vínculo. É função do psicólogo, compreender os fenômenos intrínsecos das relações, conhecer as reações do paciente, orientar familiares e profissionais, ouvir várias pessoas da mesma família, etc.(p. 143)

Nesta questão, o sujeito 03 afirmou que o ideal seria que houvesse o psicólogo atuando em conjunto com o médico na clínica, mas enfatiza aqui a questão sócio econômica, pois, segundo ele “o pessoal chora para pagar” (SIC). De acordo com ele, os psicólogos não são conveniados e as pessoas preferem gastar dinheiro comprando uma calça de marca, do que bater um papo com um psicólogo e ficar

mais tranqüilo. Contudo, afirma que 3% dos pacientes que ele encaminha para terapia procuram o tratamento psicológico realmente e ele percebe que ajuda muito, mas na maioria das vezes ele mesmo acaba por fazer o trabalho do psicólogo no consultório.

A questão cultural, além da sócio-econômica, é muito evidente. O nosso país sobrevive num caos psicossomático; as pessoas adoecem cada vez mais, sem se darem conta de que criam suas próprias doenças e mesmo assim, preferem usufruir o consumismo em que foram imersas pelo sistema capitalista a mudar seus paradigmas em busca de algo que lhes proporcione transcendência ou transdução, e com isso alcançar o equilíbrio e a individuação.

Por outro lado, a classe médica deveria se unir à dos psicólogos e outros profissionais da área da saúde em busca do equilíbrio de seus pacientes, ao invés de tentar fazer o trabalho de outro profissional que foi capacitado para exercê-lo; o que não seria correto do ponto de visto ético da parte dos médicos ocupar um lugar que não lhes pertence, isto é, a psicologia vive hoje uma espécie de “terra de ninguém” onde muitos fincam bandeiras.

Segundo Ramos (1994), *“Urge o desenvolvimento de um corpo teórico coerente, que possa abranger com maior amplitude a grandeza de um tema tão complexo quanto a questão do fenômeno psique-corpo na doença..”*(p.11)

Em contrapartida, 20% dos participantes afirmou ter trabalhado com psicólogos somente na clínica, pois quando precisava, eles iam até lá prestar assistência aos pacientes, ou procura encaminhar para um psicólogo “do gosto da paciente” (SIC). Os outros 20%, ou seja, 01 sujeito, afirmou encaminhar seus pacientes com dor crônica para um psicólogo, dando-lhe “munição” sobre a patologia para que possa cuidar da paciente “dele”. Pode ser identificado aqui, um aspecto de “guerra” com a doença, diferente da visão do psicólogo, que tenta integrar o significado ao sintoma. Está implícito na fala do médico, que este fornece “munição”

para o psicólogo, para que possa participar à altura da guerra na disputa do paciente “dele”.

Para Dahlke (2002):

Eis aí a diferença entre lutar contra a doença e transmutar a doença. A cura acontece sempre pela transmutação da doença e nunca pela vitória sobre um sintoma, pois a cura pressupõem a compreensão de que o ser humano se tornou mais sadio, ou seja, um todo se tornou mais perfeito. [...] doença e cura são conceitos gêmeos que somente têm importância para a consciência e não se aplicam ao corpo, pois um corpo nunca pode estar doente ou saudável. Tudo o que o corpo pode fazer é refletir os estados correspondentes e as condições da própria consciência. (ps. 18 e 19)

A quarta categoria tratou de averiguar a opinião do médico a respeito do trabalho do psicólogo no tratamento da dor crônica, em uma equipe multidisciplinar. De acordo com os resultados, é possível perceber uma unanimidade nas respostas, visto que 100% dos participantes da pesquisa acreditam que o trabalho do psicólogo na equipe multidisciplinar é fundamental para o tratamento da dor crônica. Sendo que o sujeito 01 considera a importância do “apoio” psicológico somente para os casos de fibromialgia. O sujeito 02 acredita que somente o suporte medicamentoso não é o suficiente, e que sem o trabalho conjunto do médico, psicólogo e fisioterapeuta, não se consegue benefício nenhum. O terceiro sujeito acredita que o trabalho do psicólogo é importante para a dor crônica, independente de seu tipo ou origem, e no caso da fibromialgia fala da importância da terapia familiar, pois muitas vezes, a família não acredita que a pessoa tenha realmente tal dor, justamente por já ter se submetido a uma infinidade de exames sem que se possa ter constatado algo a nível orgânico.

Os sujeitos 04 e 05 coincidem entre si em suas opiniões, sendo que este último, enfatiza nesta questão – assim como já foi colocado pelo sujeito 03 na categoria anterior – a questão do nível cultural e sócio-econômico, que segundo ele,

no nosso país é muito ruim no sentido da aceitação do trabalho do psicólogo, mas mesmo assim acredita ser imprescindível sua atuação na equipe multidisciplinar.

Romano (1994) afirma que:

Do médico, espera-se a cura e o prolongamento da vida, do enfermeiro, cuidados materiais; do psicólogo, o poder de conferir alívio à mente e substituir imediatamente o comportamento indesejado por outro socialmente aceito.[...] A equipe deve consertar as distorções através de um diálogo contínuo e de uma conduta profissional adequada, permitindo que o paciente expresse suas fantasias e discuta suas expectativas.(p.143)

O paciente, ao adentrar um tratamento de dor, geralmente se mostra disposto a cooperar e enfrentar dificuldades a fim de obter uma melhora. Neste contexto, existe o desejo consciente e inconsciente de ser ajudado pelo psicólogo “*para ter compreendidas e superadas as suas dificuldades internas de estar doente*”. (ROMANO, 1994, p.143) Seus desejos, fantasias e expectativas fazem parte da realidade do paciente e por isso precisam ser de interesse da equipe que está tratando dele. “*Ouvir ainda é o melhor instrumento*”.(ROMANO, 1994 p. 146)

Na categoria 05, que investigou a existência ou não de psicólogos atuando no tratamento da dor em clínicas especializadas e hospitais na cidade de Bauru, os resultados mostraram que 60% ou 03 participantes disseram que não existem psicólogos atuando no tratamento da dor crônica. Dentro destes 60%, encontra-se o sujeito 01, que chegou a afirmar que em hospitais não existe apoio terapêutico para nenhuma doença, principalmente para a dor. Tal afirmação não é verídica, visto que existem psicólogos nas instituições hospitalares, os *psicólogos hospitalares*, que fornecem suporte aos enfermos, como já foi mencionado anteriormente; o que se constata é a ausência de um profissional de psicologia que lide especificamente com a dor em suas várias facetas, nas clínicas especializadas em reumatologia na cidade de Bauru, tampouco se observou sua presença em hospitais.

Esta afirmação foi confirmada pelo sujeito 02, ao referir que “o que se tem é um profissional no hospital que trabalha com cinco ou seis tipos de patologias diferentes, ele faz tudo, pois é contratado pelo estado” (SIC). Já o sujeito 03 relatou apenas que desconhece a presença do psicólogo atuando no tratamento da dor em clínicas e hospitais na cidade de Bauru. 20%, ou seja, 01 sujeito, afirmou que existe esse tipo de tratamento no Hospital Estadual, onde trabalha, pois na equipe tem um psicólogo de plantão, e havendo a necessidade eles fazem um trabalho em conjunto. O último sujeito da amostra, correspondente aos outros 20%, afirmou conhecer alguns psicólogos que trabalham bem com o paciente na dor crônica.

Nas três últimas categorias discutidas, há que se notar um contraste sobre a realidade encontrada acerca do trabalho do psicólogo no tratamento da dor crônica, visto que na terceira categoria 60% dos entrevistados afirmaram que já trabalharam com psicólogos numa equipe multidisciplinar, porém nunca em suas clínicas, sendo que na categoria 05 os mesmos 60% disseram não existir a atuação do psicólogo no tratamento da dor crônica, contudo a opinião dos médicos na categoria 04 é que o trabalho do psicólogo junto ao paciente crônico é fundamental.

Vemos que, os próprios médicos reconhecem a importância do trabalho do psicólogo, mas não há uma abertura para que este trabalho se realize. Isto serve como um alerta para a luta pela inserção do tratamento psicoterápico aos pacientes com dor crônica em uma equipe multidisciplinar. Esta luta precisa partir da classe dos psicólogos, pois talvez os médicos ainda não estejam preparados para compartilhar “seus” pacientes com outros profissionais, visto que dificilmente os procuram.

Segundo Castro (1999):

A dor crônica se caracteriza como doença não somente por sua persistência no tempo, mas pelas alterações que ocorrem no próprio Sistema Nervoso Central e em mecanismos responsáveis pela

percepção e supressão da sensação dolorosa. Sua constância no tempo e a forma como atinge a vida dos pacientes no aspecto bio-psico-social, justifica a necessidade de atendimento psicológico, assim como aponta para a importância do trabalho multiprofissional, a fim de favorecer a eficácia do tratamento. A literatura científica sobre a terapêutica do paciente com dor crônica tem enfatizado a importância do trabalho multiprofissional, uma vez que têm-se comprovado que este tipo de abordagem no tratamento da dor crônica tem sido eficaz, produzindo melhoras mais significativas. (p. 02)

Na sexta e última categoria, que corresponde a uma pergunta aberta, onde os participantes poderiam expor outras possíveis considerações acerca do tema de forma livre, podemos perceber que 57,14% acharam o tema muito interessante, pois a classe médica não dá abertura para os psicólogos e que a luta precisa ser realmente desses últimos; 28,57% disseram que é muito difícil pensarem sobre isso e parabenizaram a pesquisadora por estar levantando esta possibilidade, pois existe realmente uma carência do suporte psicológico principalmente para os pacientes de clínica; e 14,28% afirmou que o apoio psicológico ao paciente crônico é importante, pois tem visto que o paciente só melhora das dores quando apresenta uma melhora de seu quadro emocional, visto que a pessoa precisa ter uma compreensão acerca do significado do sintoma, e isso o médico não consegue fazer.

Para concluir esta discussão, gostaria de colocar aqui o depoimento do sujeito 03, sobre as considerações acerca do tema, que ilustra bem o porque da maioria achar o tema deste trabalho muito interessante. Diz ele:

*“Você escolheu um tema fantástico. Nós estamos pelo menos uns cinqüenta anos atrasados por culpa da classe médica, vou te dizer porque. Se você quiser ser psicóloga da Unimed, eles não te credenciam, porque é uma cooperativa médica, e porque a medicina massificada virou uma medicina de receitas, ou seja, a verdadeira medicina, ou seja, ver o ser como um todo, infelizmente não existe mais. A luta tem que ser da classe de vocês, porque os médicos, hoje, infelizmente, estão preocupados em aumentar seus honorários. Para mim ‘atendimentozinho’ de 15 minutos não existe para dor, nem para dor de dente”...*

O doente crônico sente dores freqüentes e precisa da compreensão de quem o trata. Por isso é importante lembrarmos que o paciente precisa ser compreendido como um todo psique-soma, e sempre se deve considerar a melhor terapêutica para cada caso, visto que as pessoas são diferentes entre si, portanto, mesmo se tratando da mesma patologia, cada pessoa significa de um jeito particular.

O que precisamos não é de um tratamento isolado, mas de uma equipe multidisciplinar que proporcione ao paciente ser tratado como um todo. Nesta equipe o trabalho do psicólogo se mostra cada vez mais necessário para todas as doenças, especialmente a dor crônica, de forma integrada ao atendimento médico.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste trabalho oportunizou a percepção de que, embora alguns médicos reconheçam a importância do trabalho do psicólogo junto às chamadas “doenças orgânicas”, alguns ainda apresentam uma visão distorcida e ultrapassada quanto ao trabalho psicológico com pacientes que sofram deste mal. Apresentam, muito freqüentemente, dificuldade em conceber o paciente em seu todo psico-soma, cindindo-o em duas partes distintas e tratando apenas com medicamentos aqueles que precisariam, de um tratamento completo onde a atuação do psicólogo juntamente com o médico e o fisioterapeuta seria crucial para a melhora do paciente.

Portanto, o paciente precisa ser compreendido globalmente, considerando-se a melhor terapêutica para cada caso, visto que o ser humano é singular e embora a patologia muitas vezes possa ser comum, cada pessoa significa de um jeito particular, sobretudo na dor crônica, na qual o fator psíquico está presente em sincronicidade com o orgânico, independente de ser esta dor palpável ou não. O trabalho do psicólogo junto a uma equipe multidisciplinar se mostra cada vez mais necessário para todas as doenças, de forma integrada ao atendimento médico.

Pode-se perceber ainda que provavelmente os médicos de forma geral não têm consciência da importância do trabalho do psicólogo com pacientes somáticos, visto que está vigorando no congresso uma lei criada pela classe médica (“ATO MÉDICO”) onde a maioria dos profissionais da saúde, inclusive os psicólogos ficariam submissos aos médicos, deixando de ter autonomia como profissional. É comprovado que o trabalho do psicólogo trás benefícios aos pacientes somáticos, que passam a compreender melhor seus conflitos pessoais e melhoram os problemas orgânicos que surgem sincronicamente com o conflito e, muitas vezes, deixam de consumir medicamentos. Mas talvez isso não seja interessante para os médicos!

## REFERÊNCIAS

ANGELOTTI, Gildo. Dor Crônica: Aspectos Biológicos, Psicológicos e Sociais. In

ANGERAMI – CAMON, Valdemar Augusto (org). *Psicossomática e a Psicologia da Dor*. São Paulo: Pioneira – Thomson Learning, 2001.

BARDIN, Laurence. *Análise de Conteúdo*. Rio de Janeiro: Edições 70 do Brasil, 1991.

CAILLIET, René. *Lombalgias*. São Paulo: Manole, 1988.

CAILLIET, René. *Tecidos Moles, Dor e Incapacidade*. São Paulo: Manole, 1979.

CASTRO, P.F. , coord. *Encontro Sobre Psicologia Clínica, 2.*, Anais, São Paulo: Universidade Presbiteriana Mackenzie, 1999.

DAHLKE, Rüdiger. *A doença como um caminho*. São Paulo: Cultrix, 2002.

EPSTEIN, Gerald. *Imagens Que Curam*. Campinas: Livro Pleno, 1989.

MELLO FILHO, Júlio de. *Psicossomática Hoje*. Porto Alegre: Artmed, 1992.

MERLO, Álvaro R. C. *Trabalho de grupo com portadores de LER/DORT: Relato de Experiência*. *Psicol. Reflex. Crit*, v.14 n.1 Porto Alegre, 2001. obtido via internet [www.scielo.br](http://www.scielo.br). Acesso em 12 nov. 2004.

OLIVEIRA, José T. Aspectos Comportamentais da Síndrome de dor Crônica. *Rev. Arquivo Neuro-Psiquiatria*, v. 58, n 2 A São Paulo – jun. 2002. Disponível em: [www.scielo.br](http://www.scielo.br) . Acesso em 24 set. 2003.

PIMENTA, Cibele A. M. Opiáceo Intratecal na Dor Crônica Não Neoplásica. *Rev. Arquivo Neuro-Psiquiatria*, v. 56 n 3<sup>a</sup> São Paulo – set. 1998. obtido via internet: [www.scielo.br](http://www.scielo.br) . Acesso em 24 set. 2003.

PRESCOTT, Frederick. *Controle da dor*. São Paulo: Loyola, 1971.

RAMOS, Denise G. *A Psique do Corpo: uma compreensão simbólica da doença*. São Paulo: Summus, 1994.

ROCHA, Roseli Lopes. Aspectos Psicológicos Em Pacientes Com Dor Crônica. In ANGERAMI – CAMON, Valdemar Augusto (org). *Psicossomática e a Psicologia da Dor*. São Paulo: Pioneira – Thomson Learning, 2001.

ROMANO, Wilma B. K. (org.). *A Prática da Psicologia nos Hospitais*. São Paulo: Pioneira, 1994.

SNAS/DPS/CC. *Alívio da Dor no Câncer*. Brasília: Governo Brasileiro, 1991.

WINTER, T. R. *O Enigma da Doença*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

# APÊNDICES

## **Apêndice A**

### **Roteiro de Entrevista**

Dados do entrevistado:

Idade:

Sexo:

Tempo de Profissão:

Local de trabalho:

1 – Quais as necessidades específicas na terapêutica do paciente com dor crônica?

2 – Quais as principais formas de tratamento existentes para estes casos?

3 – O senhor já trabalhou com um psicólogo numa equipe multidisciplinar com pacientes com dor crônica?

4 – Mesmo que nunca tenha trabalhado com um psicólogo, qual a sua opinião a respeito do trabalho do psicólogo no tratamento da dor crônica, dentro de uma equipe multidisciplinar? Em quais pontos ele poderia ser útil?

5 – Existem psicólogos atuando no tratamento da dor em clínicas especializadas e em hospitais, em sua cidade? De que forma?

6 – Eventuais considerações acerca do tema.

## Apêndice B

### Transcrição das Entrevistas com Médicos Reumatologistas

#### Sujeito 01

**Dados do entrevistado:**

Idade: 46 anos

Sexo: masculino

Tempo de Profissão: “Sou formado à vinte, vinte um anos.”

Local de Trabalho: “Trabalho em clínica particular e alguns hospitais de Bauru.”

Pesquisadora: “ Pergunta número 01: Quais as necessidades específicas na terapêutica do paciente com dor crônica?”

Sujeito 01: “ Quando o paciente nos procura com qualquer tipo de dor, especialmente na dor crônica , é lógico que o que todo paciente quer é resolver o seu problema, ou seja, minimizar ou ficar livre da daquele daquilo que é a dor. Em relação a minha especialidade, que é a reumatologia, existem duas, dois seguimentos assim que a gente pode diferenciar: 01- São as doenças chamadas, chamadas osteoarticulares, principalmente as artroses e as doenças inflamatórias, é ... como artrite reumatoide, lupos e outros reumatismo chamados inflamatórios. Esse exige uma abordagem específica visando ... a se você não conseguir é ... eliminar totalmente a dor, você tenta eliminar o quadro em si ou o processo inflamatório, certo, é no caso das artrites e também da própria artrose e que podem ser consideradas dores crônicas. Existe um outro seguimento de paciente onde você não encontra um substrato patológico, vamo dize assim, você não tem um desgaste, você não tem uma inflamação, e a pessoa vem se queixando de dores, são ... antigamente eles eram chamados é é de reumatismo de partes moles, é existia um diagnostico né, inclusive os antigos de reumatologia chamado de fibrosites, e hoje mais recentemente chamados de fibromialgia são outros tipos de, é um outro tipo de paciente, é uma outra abordagem, certo. (pausa)

Em relação às necessidades, como eu disse, diferenciando é é esses dois segmentos de paciente, pelo menos a minha conduta é a seguinte: o o paciente reumatológico do tipo, desse primeiro tipo que eu falei, inflamatório ou osteoartrosico, raramente eu associo ou eu indico é assistência complementar psicológica, vamo falá só da psicologia num tô falando de fisioterapia nem nada, tá certo .... é ... porque é, eles, as vezes até tem depressões associadas por conta do quadro, mais é um tipo de quadro que teoricamente ou na grande maioria dos casos você eliminando o problema ou diminuindo a dor e você até administrando talvez anti - depressivos que que a gente tem treino pra isso, é é particularmente eu lido muito com com pessoas deprimidas, a gente consegue na grande maioria dos casos é reverter o quadro ou pelo menos minimizar o quadro é ... nessa nesse seguimento de paciente não é muito freqüente a indicação de terapia psicológica ou de apoio ou propriamente dita psicológica. No outro seguimento de paciente dessas chamadas dores miofaciais ou dores fibromioalgicas ou seja lá o nome que se dê ... no meu caso, a minha indicação é quase que total ... quando há logicamente, a concordância do paciente eu indico terapia a todos os pacientes, por conta do processo em si que que a gente sabe que tem um um componente, vamo dizer assim, psicossomático é é envolvido, o que não é o que não é comum na outra, na outra, na outra grupo de pacientes porque ali a pessoa tem um quadro, uma patologia definida, então a depressão ou a ansiedade ela é atrelada ao processo, já vem como conseqüência; e nos casos de dores fibromialgicas ela vem tão junto que talvez a gente nunca fica sabendo qual é a causa e qual é a conseqüência, então pelo menos a minha conduta é eu indico terapia pra todo mundo. Espero que tenha respondido.”

**Pesquisadora:** “Questão 02: Quais as principais formas de tratamento existentes para estes casos?”

Sujeito 01: “Como eu já disse, nos casos onde há um processo inflamatório evidente ou um quadro de desgaste do tipo artrose, é são anti – inflamatórios, são medidas fisioterapêuticas é corticoides e todo arsenal que a gente tem, também indica-se medicamentos que atuam no sistema nervoso central, tipo anti – depressivo que a gente sabe que minimizam as dores também, ansiolíticos e tal; como eu já disse

nesse grupo a indicação psicoterapêutica é mínima, pelo menos na minha conduta. No segundo grupo, que é o grupo das fibromiomas, das dores crônicas miofaciais é ... as medidas anti- inflamatórias a gente vê que tem muito pouco efeito, ou um efeito mínimo é ... então a gente lança mão de uma de um de uma equipe basicamente não que exista essa equipe, eu particularmente não tenho, mais é indicado terapias físicas ah... massagem, drenagens linfáticas, acupuntura e também terapia de apoio, porque de acordo com a orientação da ACR, que é a nossa, ACR é a Academia Americana de Reumatologia os trabalhos mostram que quando se associa a terapia, a terapia psicológica, de apoio psicológico a a terapia convencional os resultados são muito melhores no tratamento da dor fibromialgia, certo.

**Pesquisadora:** “Questão 03: O senhor já trabalhou com um psicólogo numa equipe multidisciplinar com pacientes com dor crônica?”

**Sujeito 01:** Sim, eu trabalho, eu tenho algumas terapeutas que eu, que eu encaminho, é, inclusive, algumas delas não tinham esse treinamento, não lidavam com dor, não lidavam com esse tipo de paciente e..e a partir do momento que eu fui encaminhando, eu..eu comecei a .. a receber o ..o feedback delas, elas foram se inteirando também do assunto, eu..eu também munciei, as munciei com..com informações sobre a doença; aí, eu estou falando especificamente da fibromialgia; então a gente tem tido um resultado muito bom, muito bom.

**Pesquisadora:** “Questão 04: Mesmo que nunca tenha trabalhado com um psicólogo, qual a sua opinião a respeito do trabalho do psicólogo no tratamento da dor crônica, dentro de uma equipe multidisciplinar? Em quais pontos ele poderia ser útil?”

**Sujeito 01:** Olha, eu acho que eu já respondi essa pergunta. Eu trabalho, eu acredito num trabalho, ã, da terapia de apoio psicológico, em o paciente aceitando, que as vezes nem isso, é..as vezes, não é sempre que isso acontece. Você tem que..você tem que..assim..as vezes vou... não é na 1ª consulta que você fala que a pessoa precisa de terapia, ela pode até..... achar aquilo estranho, tal, falar, puxa vida, não tenho nada, você sabe, eu vim aqui pra ser medicado, você me encaminha pra terapia. Mas...assim, você falando com certo...com certo jeito, você consegue

encaminhar a pessoa pra terapia e eu falo, o valor é assim...é inestimável, né, sem isso a gente não pode falar em termos de...de resolução ou até de cura de...do problema, essa é a minha opinião. Sempre que eu posso, é...dentro desse...desse diagnóstico, aí, de dores miofaciais, de fibromialgia, eu encaminho pra terapia. Não tenho uma terapeuta específica trabalhando comigo, uma...uma psicóloga, como eu disse, eu tenho algumas que...que tem um conhecimento da...da doença e a gente...nós temos num...nós temos nos dado muito bem.

**Pesquisadora:** Questão 05: Existem psicólogos atuando no tratamento da dor em clínicas especializadas e em hospitais, em sua cidade? De que forma?

Sujeito 01: Como eu te disse...é...não existe uma especialidade, seria interessantíssimo que existisse, eu acho que é...é essa...esse apoio ao paciente com dor..é...é inestimável, enfim, a ..em grande parte dos casos...o médico acaba fazendo o papel e a gente não tem nem treinamento, nem tempo pra isso, então, em hospital, não existe....não existe nenhum tipo de apoio terapêutico, nem pra nenhuma doença, enfim, e principalmente pra...pra dor, no caso aí, as dores reumatológicas; mas seria fundamental que existisse, eu acho que, cada vez mais, essa interação; a gente tem visto isso nos congressos ultimamente;ã..a vinda de psicólogos na tentativa de...de também, de trabalhar juntos de...de médicos, participando de convenções, de congressos de psicologia também, na tentativa de elucidar e de, sempre de poder ajudar o paciente, mas eu...como eu disse, eu acho ma... é fundamental esse relato.

**Pesquisadora:** Questão 06: Eventuais considerações acerca do tema.

Sujeito 01: Não, só queria te...te parabenizar, aí...por...por ter levantado, aí, essa...essa bandeira, eu sei que ...que não é uma coisa, assim, muito comum no dia a dia, a gente acaba num...não pensando muito nisso, mas a gente vê as dificuldades, como eu te disse, a ..as primeiras vezes que, que eu indiquei pacientes pra, pra terapeuta, é, elas não tinham a mínima, não tinham conhecimento, por que elas também estão habituadas a ...a lidar com depressão e...e alterações outras, mais, o paciente com dor é...é um paciente especial que, que tem que ser tratado

como tal e...e...eu acho que você tá de parabéns, aí, por ter...ter levantado, aí, essa questão.

**Pesquisadora:** Obrigada pela atenção.

## **Sujeito 02**

### **Dados do entrevistado**

Idade: 30 anos

Sexo: Feminino

Tempo de Profissão: Entrei em 97,então, vai dar uns 5,6 anos ,aí, né.

Local de trabalho: Na Clínica e, em hospitais também.

Pesquisadora: Questão 01: Quais as necessidades específicas na terapêutica do paciente com dor crônica?

Sujeito 02: Bom, os pacientes com dor crônica é, nós geralmente, é, o ideal seria né, você ter o , isso é o que a gente fala, Kit multidisciplinar, o certo é ele ter um médico né, de..de que daria o suporte, principalmente quanto a parte das medicações, a gente usa muito a parte de fisioterapia, né, associada, é, utilizaria também a parte da psicologia que, outra parte também que a gente acaba utilizando é porque, assim, dentro da parte médica você teria que usar uma parte neurológica né, os neuros, endócrinos, então, seria uma, várias pessoas participando da equipe. Eu acho que é mais a fisioterapia, a parte de psicologia e um suporte médico mesmo.

Pesquisadora: Questão 02: Quais as principais formas de tratamento existentes para estes casos?

Sujeito 02: Aonde, onde eu trabalho tem duas coisas diferentes: uma é na Clínica né, na Clínica particular, e a outra é num ambiente hospitalar . Em Clínica particular, fica muito difícil você montar uma equipe multidisciplinar e o paciente ( tosse ), isso depende das condições ( tosse ) monetárias do paciente, principalmente no nosso

meio. Na, na Clínica particular você pode até encaminhar prum..prum.., pra fisioterapia, mas se o paciente, por exemplo, tem convênio, essa fisioterapia vai ficar limitada em algumas sessões, então, pra..pra dor crônica fica um pouco complicado, mesmo com a área de hidroterapia, pra gente fica um pouco complicado, porque, também é limitado; na parte de psicologia, por exemplo, aqui na cidade é, você não tem esse suporte dado pelo convênio, então isso é, é assim, ou o paciente vai particular ou ele tem que ir numa instituição, então..é...isso fica em aberto; os pacientes com dor crônica, principalmente aqui na cidade, não tem como ser avaliado, porque, fica como se fosse; a parte de psicologia deles é uma coisa bem refinada, entendeu? Quem tem um quem tem um, um pouco mais acaba indo fazer particular e a gente vê o benefício nisso; já nas instituições, na instituição que eu trabalho, é, você teria, você tem né, esse suporte da fisioterapia, você tem o suporte da parte da psicologia, tem outro lado até, que eu não comentei, que é uma parte social né, sociabilização dos pacientes, que é importante também, eles formam grupos, é, eles conversam, esclarecem sobre o assunto né, da patologia, então, nos hospitais, nas entidades, é muito mais fácil trabalhar do que trabalhar o paciente sozinho num, no consultório. O que tem na instituição que eu trabalho, tem esses, tem, tem todas essas partes integradas né, e,e, fica bem mais fácil, consultório particular eu acho difícil né, bem mais difícil por, pelo, por esses, por essas limitações que eu comentei.

Pesquisadora: Questão 03: O senhor já trabalhou com um psicólogo numa equipe multidisciplinar com pacientes com dor crônica?

Sujeito 02: Já, eu já trabalhei né, nas outras instituições que eu trabalhei já tinha psicólogos, e eu trabalho também, na instituição, atualmente, que eu trabalho, tem um psicólogo que faz a parte tanto de, tanto dessas doenças, é, tanto de somatização, quanto da parte de...., também de apoio pro paciente de dor crônica; já, no no consultório particular ou na clínica eu num, o, existe uma carência desse suporte né, como eu já comentei, e outra, a gente tem, vendo esses dois lados, dá pra você reparar bem qual é a diferença né; mesmo o paciente na instituição, é, estadual né, que eu trabalho, sendo mais carente, ele tem um maior benefício

quando ele faz esse tipo de terapia; já os pacientes, é, que são de clínica ou que dependem do convênio, fica a margem disso né, mas a gente acaba insistindo né, pra, pra ajudar né, na terapia, mas, você fica, mais difícil mesmo na clínica.

Pesquisadora: Questão 04: Mesmo que não tenha trabalhado com um psicólogo, qual a sua opinião a respeito do trabalho do psicólogo no tratamento da dor crônica, dentro de uma equipe multidisciplinar? Em quais pontos ele poderia ser útil?

Sujeito 02: Então, dentro dessa equipe é, é importantíssimo. Quem estuda dor crônica, quem trabalha com esse tipo de paciente, é, eu acho que não tem dúvida do tanto que isso, né, pelo próprio, pelo próprio mecanismo fisiopatológico da dor crônica, de como isso funciona, de alteração de neurotransmissor, de envolvimento com o sistema límbico, eu acho que ninguém tem dúvida do quanto isso afeta, né, emocionalmente nosso paciente; tanto que, é, a gente sabe que, não só o suporte medicamentoso não resolve, nem só o suporte psico, assim, psicológico ou psiquiátrico entendeu? É tudo junto né, e, e a gente sabe que nem um nem outro, sozinho, consegue resolver, essa é a dificuldade, muitas vezes o paciente lá no, no, começa fazer uma terapia e ele abandona o médico, o tratamento medicamentoso, achando que aquilo que é que vai resolver; muitas vezes o contrário, ele acha que ele não é louco, que ele não precisa desse tipo de tratamento, que a dor dele é real, né, e ele vem aqui achando que o tratamento medicamentoso vai resolver; enquanto acha que, enquanto não esclarecer mais esse negócio de que não tem o, não tem é, quem vai fazer esse tipo de tratamento, de suporte, não é uma pessoa que tá alterada, é, ou não é culpa dela, né, isso é, é aquilo que eu sempre brinco com os pacientes aqui, eu viro e falo assim: se aparecesse uma pinta, ninguém tinha dúvida de que tinha que ir lá e tirar né, só porque a parte psicológica do paciente, tudo, não tá aparente né, não é uma coisa que você possa ver, enxergar, né, não é por isso que não seja uma doença real né, então fica, muito disso fica, esse certo preconceito, entre aspas, de você ter que mandar né, que isso é cultural, mas eu acho que tá acabando cada vez mais e daí, pros pacientes de dor crônica, eu acho que, tá bem claro já, né, de que precisa colocar isso de lados, em ordem aí, colocar o

médico, psicólogo, fisioterapeuta, todo mundo junto, em ordem, aí, se não eles não vão conseguir benefício nenhum.

Pesquisadora: Questão 05: Existem psicólogos atuando no tratamento da dor em clínicas especializadas e em hospitais, em sua cidade? De que forma?

Sujeito 02: Bom, até onde eu saiba, aqui, e nem na região, em, o que mais tem é a carência em alguém especializado, mesmo, em dor crônica. É, que eu conheça, onde eu trabalhei, só em São Paulo e nas grandes instituições, onde eu passei, é que tinha alguém ou um ou outro que se especializou em dor crônica. Uma área muito difícil, é uma área que ta começando agora, o pessoal não ta, assim, muito fixo na área, uma área muito, né, da, muito, acaba sendo muito triste, né, porque, a melhora não é evidente a longo prazo, aqui na região não tem ninguém trabalhando com dor crônica ( tosse ) porque, principalmente por isso, pelo volume de pacientes que existe, o volume de pacientes, mas, nas instituições eles não contratam um , um profissional relacionado a dor crônica né, o que a gente tem é um profissional, que ele tem que trabalhar com 5, 6 tipos de, de patologias diferentes, né, e, o que eu tenho, na instituição onde tem um profissional , ele faz de tudo né , ele é um profissional contratado pelo estado e ele tem que se virar, então isso tem muito, ele não consegue se especializar né, é, já em clínica particular eu, eu solicito sempre, quando, quando eu preciso, né, dum apoio, e eu sei que o paciente vai ter um, um, vai ter condições de pagar essa consulta, eu ligo antes pra psicóloga, né, converso, peço pra ela se atualizar, ver qual é a atualização, ou o psicólogo que ta, que vai atender meu paciente, eu peço pra ele ver se ta tudo dentro do tema, o que eu preciso, o que ele sabe que ele vai poder trabalhar ou não, a gente discute o caso antes, pra ele poder direcionar. Eu faço assim, aqui, pelo menos, tem dado bons resultados, eu tenho poucos que conseguem fazer o suporte né, da clínica, fora , deve dar bons resultados, quando o médico vai discutir diretamente; aí eu brinco que é uma mini equipe multidisciplinar né, a gente montou, eu converso direto com o psicólogo ou com o fisioterapeuta, a gente monta o que a gente vai fazer de programa e aí dá mais certo. Agora, se manda, pega, fica mais difícil.

Pesquisadora: Questão 06: Eventuais considerações acerca do tema.

Sujeito 02: Não , eu acho assim, ta de parabéns, viu D....., mais uma consideração, ta de parabéns, é super difícil ver né, a gente tem uma carência né, acho que todo reumatologista vai falar isso pra você, a gente tem uma carência, e, duvido que tenha um deles que de, que né, a gente tem muitas vezes que fazer esse suporte, é, pros pacientes dentro da clínica, por isso que as consultas reumatológicas , em vez de durar 10, 15 minutos, duram 1 hora né, porque a gente acaba fazendo suporte aqui dentro, a gente tem que tentar se atualizar aqui dentro sabendo que um médico não é tudo, assim, né, não dá pra saber tudo. Muito interessante e e tomara que você consiga, aí, juntar mais um monte de gente sobre o assunto aí ( risos ) pra formar uma equipe boa pra dor, viu? Achei muito interessante, ta de parabéns , viu ?

Pesquisadora: Obrigada.

### **Sujeito 03**

#### **Dados do entrevistado:**

Idade: 44 anos

Sexo: Masculino

Tempo de Profissão: É ,18 anos.

Local de trabalho: Somente no consultório e em hospital, quando eu encaminho alguém pra lá, quer dizer, eu não sou um plantonista no hospital, nem presto serviço ao hospital; como um médico liberal, no consultório, né?

**Obs.:**Antes de responder as questões, o entrevistado fez um preâmbulo sobre o tema:

Essa palavra, ó, essa palavra reumatismo é a palavra mais difícil de ser entendida, até por médicos de outras especialidades, tá...Reumatismo, por definição é , assim ó, qualquer ( eu só sei falar escrevendo ) dor no aparelho locomotor, tá. Então, é uma definição bem ampla; qualquer dor no aparelho locomotor. Que é o aparelho

locomotor? Os ossos, as articulações, né, a,o,o,o que a gente chama de parte mole, ta, que seriam os tendões, as bolsas quando inflamam, dá uma bursite; o tendão, a tendinite, tá, então, qualquer dor no aparelho locomotor. É uma definição muito aberta, muito ampla, né, tá, , é, na verdade, não existe então, uma doença que chama reumatismo tá, nós temos mais de 100 tipos de doenças reumáticas, tá, doenças reumáticas. Então, um indivíduo que vai no reumatologista, se, o reumatologista falar, vamos supor que você fosse minha paciente, eu ia falar, você tem um reumatismo; você teria que perguntar, qual ou quais; então, na verdade, existem reumatis-mos, e não uma doença chamada reumatismo, tá. A gravidade dessas mais de 100 doenças, vai desde uma, uma besteira, aqui, que vê ó, uma bursite de ombro, tá, até doenças, é..., letais; você já ouviu falar de Lupus? Tá, seria assim, você vê a doença mais grave, a, a de reumatologia, tá. Da onde vem esse nome, reumatismo? Tem que vim de algum lugar, não tem? O Hipócrates, lá, o pai da Medicina,.....ele tinha uma teoria, que, que ele, ele chamava a teoria dos fluídos. Ele achava que tudo quanto é doença vinha do cérebro, o cérebro, é, mandava pro corpo uma espécie de catarro, tá, e isso causava, causavam as doenças, tá. Pra esse, esse fluído aí, tá, que vinha do cérebro, zum, ia lá pra baixo e fazia, vamo ver, doer as articulações, as juntas, ele deu um nome que é assim ó: reuma....., tá, então, quer dizer ó, a palavra reumatismo, quem bolou ela é o pai da Medicina, que era um filósofo, não era nem..., e ficou consagrado já, então, é bem diferente, é, por exemplo, um reumatologista de um ortopedista, tá. O ortopedista termina a faculdade de Medicina, ele vai fazer residência em ortopedia; o reumatologista vai, primeiro ele precisa fazer em clínica médica, em clínica geral e depois em reumatologia, tá, então, que que a gente sabe; que é um montão de doenças, a definição é curtinha, assim ó, qualquer dor no aparelho locomotor, o, a origem do nome, tá, e o reumatologista, basicamente, é um clínico geral que mexe com....dores, tá. A dor pode ser aguda ou crônica, tá, e o que interessa é a dor....crônica, tá. Deu pra entender? Vamo pegar o roteirinho? Então vamo lá. Então vamo por assim ó:

**Obs.:** O sujeito 03 sentiu-se mais a vontade, lendo e reformulando as questões a seu modo.

Questão 01: Quais as necessidades específicas na terapêutica do paciente com dor crônica?

Sujeito 03: 1ª coisa - ver o paciente como um todo . Não adianta você querer, é, é, ser eminentemente, é, vamos dizer assim, um receitador de remédio, tá. Todo mundo é corpo, alma, sei lá, você chama do que você quiser tá, e outra coisa, assim ó, então, é uma coisa muito simples, mas, a gente não para pra pensar, ninguém sente a dor do outro, tá, a dor é igual a dor, é subjetiva, é a mesma coisa; se você falar pra mim que tá com dor no ombro, eu imagino como é sua dor, tá, então, o, é, a, a, não existe um dolorímetro, tá, que vai lá marcar a dor, então, necessidades específicas na terapêutica: 1ª coisa: uma boa história clínica, sem, sem correria, sabe, aqui eu faço consulta, tudo de meia em meia hora, quando não é de 1 em 1 hora, tá, e, na dor crônica, seja ela qual for, tá, se você não penetrar no emocional do paciente; ainda vou te dar uma dica; acabou de sair um livro do Drausio Varella, tá, que eu comprei e esqueci o nome, tá, que é fantástico, tá. Então, necessidades específicas: essa avaliação global, geral, tá, e, você tem que entrar no emocional, não gosto da palavra psíquica, tá, no emocional dessa pessoa, e outra coisa, você não precisa, as vezes, nem de entrar, ela mesmo já vem entrando, tá, isso é fundamental, tá, ou seja, dar remédio, qualquer médico sabe, o que diferencia um médico que lida com dor, de outro, é ele captar aquela coisa que as vezes tá muito na cara dele ou senão , tá escondidinha num cantinho do seu coração, ou do seu cérebro; você, com muito jeitinho, chega, tá, e deixa ele a vontade, se fala assim ó: se, seu emocional, um bate papo, entende; é, a, não é legal, se o paciente disser e ficar, a, eu não vivo bem com meu marido, tal, você fala assim: você quer falar sobre isso? Ou senão, você para por ali, tá, então, necessidades específicas na terapêu..., terapêutica com dor crônica; receitar remédio pra dor, qualquer cara sabe; se tem que ir um pouco, um pouco não, muito mais além, tá, nós, nós, não somos só (batidas com a mão ou algum objeto ) aquela definição, nós não somos só carne e osso, tá, e outra coisa, a, o emocional gera dor, tá, gera, não é que a pessoa inventa, tá, na fibromialgia, por exemplo, tá, não adianta falar assim, a, se ouve toda a paciência; meu marido acha que eu invento, já falaram que eu to to louca, tal; eu falo sempre no feminino, que atinge mais mulher, mais mulheres, tá, então, não adianta

ter uma avaliação global e acreditar na dor, se tem que acreditar na dor, porque, não tem outro jeito de você medir. Tá boa essa resposta pra você? Tá.

Questão 02: Quais as principais formas de tratamento existentes para estes casos?

Sujeito 03: Aí, a gente vai pra uma chave muito grande, tá, de tratamento. 1ª coisa: O relacionamento médico/paciente, tá, você tem, você tem que, é, é, não é fazer um teatro, e outra coisa, essa coisa que eu te falei, de penetrar na pessoa, não é ensinado na faculdade de medicina; eu faço isso, porque eu nasci com isso, entende, é, é nato meu, tá, tanto é que, a fibromialgia, acho que é a doença que eu mais atendo aqui, eu sou assim, , eu nasci assim, tá. Quais formas de tratamento – 1º - multidisciplinar, tá, apoio, é, o paciente sentir que ele tem o apoio teu ( reumatologista ), tá; é, e como tratar, tá, ; pra variar, de caso pra caso, sabe, por exemplo, se a gente tiver um paciente com artrite reumatóide, que é uma outra doença aí, incapacitante, deformante, não adianta você pedir para ele , atividade física, que ele não vai conseguir fazer. Vamos fixar um pouquinho mais, na fibromialgia, tá, então, como tratar? Entrar, tentar penetrar mais no, no emocional, no psique, sei lá, da pessoa, tá. 2ª coisa – atividade física, falando de fibromialgia, que, se a gente for abrir aquela chave de 100 doenças, cada caso é um caso, tá. 3ª coisa – Os medicamentos, tá, então, todo medicamento, eu vivo falando isso, 1ª coisa, antes de precisar tomar, tem que poder tomar, então, não adianta você ter indicação de um paciente que precisa de usar antiinflamatório e ele já teve 3 úlceras, tá, não adianta forçar, tá, e outra coisa, diferenciar bem, que que é reumatismo psicogênico de reumatismo psicossomático. Psicogênico é o seguinte: é aquela, é aquela pessoa que inventa uma dor, é criança que tem isso, entende, chega perto de uma prova, ela fala que tá doendo o joelho ou que tá doendo a barriga, isso é psicogênico, ele ta inventando. O psico, o psicossomático não, ele sente, tá, não se sabe ainda o mecanismo que leva a, a, ou melhor, se sabe o mecanismo todinho da dor da fibromialgia, tá, mas não sabe o que dispara; mas, o emocional tá sempre, ou como, ou como uma coisa, como um pano de fundo ou como o ator principal até, do seu caso, tá. Tá, tá bem respondida a 2ª. Ou você gostaria que eu acrescentasse alguma coisa? Então, então, no tratamento da dor crônica, medicamentoso; há, hoje em dia,

hoje em dia não, de alguns anos pra cá, o que a gente mais se usa, são medicamentos que originalmente foram feitos pra outras doenças e tem efeitos analgésicos, tá. Disparado, disparado, ele terá disparado a doença depressiva, tricíclicos, tá: amitriptilina, nortriptilina, é, clomitramina, ta, foram feitos pra depressão, mas eles tem efeito analgésico, tá. Disparado , isso aí, a gente usa direto. Outra coisa é, se você pegar aqui ó, ó, então o que que, o básico seria ó, antiinflamatório e analgésico e adjuvantes, e, o que vai ajudar ó, o que vai ajudar ó, antidepressivos, alguns anticonvi....anticonvulsivantes e neurolépticos. Vamo falar em nomes, tá, antidepressivo eu já te falei, por exemplo, fluoxetina; fluoxetina melhora o emocional, mas, não tem poder analgésico; o que tem poder analgésico, são os tricíclicos, tá. Outra coisa que tem mudado muito, isso aqui, se tá vendo ó, nós estamos lendo uma coisa de tratamento de idoso tá; tinha aqui muito, muito, muito, muitopreconceito, a gente usar; você já ouviu falar da codeína? É derivado de morfina, tá, então, nós mesmos que lidávamos com, utiliza, utilizamos com dor, a gente ia dar, assim, codeína, fazia um, sabe, um preâmbulo, dizendo que podia viciar, sabe, nem, num vicia e se viciar também, é melhor não ter dor, porque tem gente que é viciada em cigarro, em cocaína, tá, o que é muito pior, tá. Então, de medicamentoso; antiinflamatório, analgésico, que é o, que é o comum, relaxante muscular que é o comum, aí vão abrir a coisinha mais, mais , que não, assim, que não é feito pra dor, mas, que tira a dor; antidepressivos tricíclicos ; alguns anticonvulsivantes, é, o exemplo típico de Opióide, derivado de morfina, seria codeína, tá, tem um, tem um analgésico muito bom chamado Tramadol, que vende com nome de Tramal, tá. Que mais, a, e outros métodos, tá, fisioterapia, o apoio psicológico, atividades físicas ta basicamente é isso tá. Hoje em dia, é assim ó, ninguém deve ter dor, ninguém nasceu pra ter dor, , claro, que cada caso é um caso, né, você tem que fazer dose adequadas, é, é, cada pessoa é um ser individual, singular, tá. Tá melhor respondido assim? Então tá jóia. Vamo lá. Você quer ir pra 3ª?

Questão 03: O senhor já trabalhou com um psicólogo numa equipe multidisciplinar com pacientes com dor crônica?

Sujeito 03: Quando eu fazia residência, residência na Unicamp, a gente tinha um trabalho muito interessante, tá, muito interessante. Em consultório, seria o ideal, tá, mas, aí, esbarra numa coisa que você já deve saber, se não sabe, vai saber. O pessoal chora pra pagar, tá,, então, o ideal, com certeza, no paciente com dor crônica, seja ela de que origem for, ela precisa de um apoio psicológico, tá. Infelizmente, a gente, muitas vezes joga o medicamentoso, mas dava pra você, uma psicóloga, substituir esse medicamentoso, mas, a gente cai na, na, vamos dizer, numa, numa coisa mais social, econômica, porque, ou o cara paga o convênio, e e e geralmente, psicólogo tem, não tem convênio ou tem pouco convênio né, e por a mão no bolso pra ir no shopping e comprar uma calça “fiorucci” o cara tem, mas ele se recusa a pagar R\$ 50,00 pra bater um bom papo com você e deixar ele mais tranqüilo. Já trabalhei dentro de uma Universidade Estadual de Campinas, o meu sonho seria no consultório, trabalhar assim, até ter um psicólogo, uma psicóloga aqui, porque o, o, a incidência desse tipo de problema é, é enorme, a incidência e a prevalência né, pra, quer dizer, incidência são nº de casos novos, prevalência é o que existe, ou seja, a gente tem um aumento da incidência e da prevalência, tá; seria o meu sonho, isso aqui, mas economicamente, socialmente, infelizmente, no momento, seria.....aqui, na minha experiência, aqui, eu tenho bastante pacientes, em torno de 3% que a gente aconselha e vai, procura psicólogo, e ajuda muito, tá; já, dentro da Universidade, na Unicamp, a gente tinha uma coisa muito interessante, da gente, a oncologia, a hemato, né, com os casos de leucemia, e trabalho também, mas que eu acabo fazendo aqui, como, como eu sou um cara, é, muito paciente, tá, e, quando eu fui escolher minha especialidade, eu fiquei em dúvida entre psiquiatria e reumatologia, então, eu acabo fazendo o papel que seria o seu, tá, mas o ideal seria você fazer isso, você que fez 4, 5 anos de faculdade, tá. Já trabalhei, é, altamente satisfa.., é satisfatório o resultado tá, e aquela, e aquele pouquinho de paciente que vai numa psicóloga, tal, o o, duas coisas mudam, é é, vamos falar da fibromialgia; duas coisas, duas coisas mudam muito a evolução da fibromialgia pra melhor, é atividade física e o apoio psicológico, com um profissional da área, que seria, no caso, seria você, tá.

Questão 04: Mesmo que nunca tenha trabalhado com um psicólogo, qual a sua opinião a respeito do trabalho do psicólogo no tratamento da dor crônica, dentro de uma equipe multidisciplinar? Em quais pontos ele poderia ser útil?

Sujeito 03: Olha, a 4ª questão tá?.....Olha, a 1ª coisa fundamental, ter um psicólogo dentro de uma equipe multidisciplinar, pra dor crônica, seja ela de que origem for, tá, até a dor da alma, as vezes a alma dói, tá. É, em quais pontos ela poderia ser útil? É, poderia não, ela é tão útil, que, as vezes, ,nem sempre, tá, as vezes, você economiza remédio, economiza efeito colateral, tá e só com conversa, carinho e amor; mas aí, tem uma coisa que eu acho, assim, legal da gente comentar; muitas vezes, focando de novo a fibromialgia, tá, não adianta você fazer um trabalho com o paciente, já que a proporção é de 4 pra 1; na literatura eles falam 4 pra 1, mas, pode botar ó, 10 pra 1, 10 mulheres pra 1 homem tá; seria a a a , o tratamento, é, psicológico, uma terapia familiar, porque, na maioria das vezes, o marido, o filho, eles não acreditam que aquela pessoa tem dor, porque, porque ela passou por N médicos e os exames estão normais, a fibromialgia tem essa caracteística, é uma doença de exame normal, tá, tá respondido?

Questão 05: Existem psicólogos atuando no tratamento da dor em clínicas especializadas e em hospitais, em sua cidade? De que forma?

Sujeito 03: Desconheço, tá.

Questão 06: Eventuais considerações acerca do tema.

Sujeito 03: tenho. Você escolheu um tema fantástico, tá. Do presente, é assim ó, ele é, ele era pra ter sido, sendo feito agora, tá, e nós tamos pelo menos.....pelo, pelo menos ( é a última, tá acabando ), pelo menos, nós tamos 50 anos atrasados, por culpa da classe ( pancadas, batidas com a mão ou objeto ), vou te dizer porque. Se você for lá na Unimed e querer ser psicóloga da Unimed, eles não te credenciam, porque é uma cooperativa médica, tá, e outra coisa, a medicina massificada, que graças a Deus, eu tenho o privilégio de não fazer, virou uma medicina de receita, receita, receita, receita, receita, receita, receita, receita, receita, receita,

receita, ou seja, a verdadeira medicina, ou seja, ver o ser como um todo, infelizmente, ela não existe mais; vou dar uma defesa aqui, da minha classe tá; eu sou autônomo, não tenho empresa, não dependo de salário, eu consigo fazer isso, tá, mas, tem muito colega meu, mais velho do que eu, tá, que, se ele não tiver 4 empregos, o filho dele não faz a faculdade de psicologia., tá. Considerações acerca do tema; fantástico, e a luta tem que ser da classe de vocês, porque os médicos, hoje, infelizmente, tão mais preocupados em aumentar os seus honorários, que realmente estão baixos tá, e outra coisa, atendimentozinho de 15 em 15 minutos, isso não existe, tá, não existe, em dor não existe, nem em dor de dente, tá. Então, aqui, eu só desejo pra você, assim ó, felicidades no teu trabalho e principalmente, que um dia você consiga; todo sonho nosso, eles, sabe, sonhos enquanto não realiza tá, não sei quando nem, nem, nem como, tá, mas que você consiga um dia, é, fazer isso aí. Seja em Bauru ou, você é da onde? ( Eu sou de Murutinga do Sul, perto de Andradina) Murutinga, conheço bem, porque eu nasci em Andradina, mas só nasci , meus avós moravam lá, minha mãe queria ter filho perto do, do papai e da mamãe dela, só nasci e já vim pra cá, tá. Que seja em Murutinga, seria até melhor, que é pequenininho, começar por lá; pena que não tem reumatologista, né. Eu é que pergunto agora, alguma coisa, ta bom pra você? ( Tá ótimo ) Então tá bom.

#### **Sujeito 04**

##### **Dados do entrevistado:**

Idade: É, 29 anos

Sexo: Masculino

Tempo de profissão: 5,7 anos, de profissão.

Local de trabalho: Clínica particular, Hospital Estadual Bauru, Hospital de Base e outros Hospitais particulares, né, e de leito possível, quando interna, tal.

Questão 01: Pesquisadora:Quais as necessidades específicas na terapêutica do paciente com dor crônica?

Sujeito 04: Eu acho que a 1ª necessidade, o importante é tentar tirar a dor do paciente, né, é, pra, é, tentar alcançar essa necessidade, uma coisa que é importante e o o o paciente tentar entender, saber o o motivo é, pelo qual ele tem a dor, e, tá, é, conhecendo os modos pelo qual ele vai se livrar daquela dor, então, seria, tirar a dor, explicar, basicamente explicar a dor, explicar pra ele como, é, pode se livrar da dor. Eu acho que seria uma coisa que, quais as opções que ele tem, né, mais ou menos por aí.

Questão 02: Pesquisadora: Quais as principais formas de tratamento existentes para estes casos?

Sujeito 04: É, hoje em dia, existe muito, existe muitos tipos de tratamento. Existem os tratamentos medicamentosos que vai de um, de analgésico simples até analgésicos derivados aí, da, os opióides, a morfina né, ( tosse ) antiinflamatório , existem anti é, depressivos e várias medicações que tenham uma atuação importante na dor. Além do tratamento medicamentos, tem o tratamento físico, né, a fisioterapia que também é importante, na reabilitação do paciente, então, não é só tirar a dor, mas também inserir o paciente de novo na atividade é, diária dele; o tratamento psicoterápico, né, também é importante né, tenho o os , possibilidade de usar, como vários casos aqui e alguns pacientes, enquanto eles não compreendem, eles não entendem o que tá acontecendo, eles não entendem também muitas vezes o a origem daquela dor, então, melhor, então é fundamental também hoje em dia a gente dispõe de algumas terapias alternativas, então tem a a acupuntura e alguns tipos de de ginástica e por aí vai, e tem mais, mais por aí, mais esses mesmos.

Questão 03: Pesquisadora: O senhor já trabalhou com um psicólogo numa equipe multidisciplinar com pacientes com dor crônica?

Sujeito 04: Já tive oportunidade de trabalhar por várias vezes, tanto no meu antigo emprego em São Paulo como também nos hospitais que eu trabalho aqui em Bauru, porque a gente tem um psicólogo no corpo clínico, ele faz esse apoio nos nossos pacientes, né, é, aqui, aqui na clínica ainda não, porque, como eu vim a pouco tempo não tive oportunidade de encaminhar ninguém.

Questão 04: Pesquisadora: Mesmo que nunca tenha trabalhado com um psicólogo, qual a sua opinião a respeito do trabalho do psicólogo no tratamento da dor crônica, dentro de uma equipe multidisciplinar? Em quais pontos ele poderia ser útil?

Sujeito 04: Eu acho que um apoio do psicólogo é fundamental na dor crônica, ainda mais quando se leva em consideração o tipo de doença, como por exemplo, a gente tem algumas doenças, que elas são de certa forma, deformantes né, elas até trazem um certo prejuízo no dia a dia pra pra pessoa; isso gera na pessoa um conflito muito grande né, numa autoestima, uma auto imagem e vários outros aspectos que são complicados um pouquinho, que o médico sozinho, ele não tem condição, muitas vezes, de fazer essa abordagem, muitas vezes não, na maioria das vezes fazer essa abordagem nesses aspectos todos, então, o psicólogo ajuda a pessoa a se, vamos dizer assim, se entendeu, conseguir tocar a vida em diante; porque que isso é importante; porque se a pessoa, é, não trabalha esse aspecto todo do psicólogo, a gente tem por experiência observado que não melhora da dor também. Então, enquanto a pessoa não tem aquele ânimo, aquela vontade de melhorar, não tem uma coisa pela qual lutar, e pra ela fazer isso tudo precisa de uma melhora da autoestima, tem que ter um objetivo também, ela não melhora, então, eu acho fundamental por isso. , porque é aquela história, a gente sabe que até no na, anatomicamente, o sistema, é, emocional, ele tem uma re, uma ligação com o sistema, é coletivo físico na parte do sistema nervoso; então, enquanto um não tá é legal, enquanto um não tá bom, o outro também não fica bom, eles estão de certa forma entrelaçados. Tenho oportunidade de ver alguns casos, é o caso da fibromialgia e o caso de algumas outras doenças reumatológicas, onde o um stress emocional desencadeia a crise, então, acho que é fundamental pra própria cura, cura não, que muitas não tem, que são dores crônicas né, e mas, pra própria melhora do paciente né.

Questão 05: Pesquisadora: Existem psicólogos atuando no tratamento da dor em clínicas especializadas e em hospitais, em sua cidade? De que forma?

Sujeito 04: É existem tratando sim, agora, em em clínicas eu desconheço né, quais que tem, eu lembro que na nossa atende psicólogos, mas é, eles, a gente não trabalha em sincronismo. Agora, por exemplo, no Hospital Estadual tem esse , um psicólogo, como eu falei, no corpo clínico, de plantão, se precisar a gente chama, , se precisar fazer um tratamento conjunto, a gente também faz, eu tenho vários pacientes que acompanha conjuntamente e eles fazem esse trabalho que eu falei né, incentivando, é, ajudando o paciente a compreender e ter um objetivo de vida, um pouquinho mais interessante.

Questão 06: Pesquisadora: Eventuais considerações acerca do tema.

Sujeito 04: Eu acho que não, eu acho que eu já falei bastante ( risos ), eu acho que é, assim, pelo que eu tenho observado, é aquilo que eu já falei, o o o a parte emocional, o apoio psicológico pra pessoa, pro paciente de doenças crônica e de dor crônica né, que é o tema aí, ele é importante por isso, porque a gente tem visto assim; o paciente só melhora das dores, começa ter uma melhora da dor quando ele tem uma , um, melhora do estado emocional, então as coisas acontecem, em geral, concomitantes, ele vai melhorando de um, vai melhorando de outro, vai melhorando de um, vai melhorando de outro, se pode ter as duas vertentes, as vezes, você dá uma..se acerta muito bem com a medicação, melhora da dor, puxa junto a parte psicológica, as vezes, ao contrário, as vezes a pessoa acerta o aspecto emocional e depois ele vai melhorando da dor; eu tenho vários exemplos de cada um, mas eu acredito assim, é, de uma maneira bastante.....bastante forte que, pra pessoa melhorar, ela tem que compreender o que ela tem, tem que ter um entendimento do que fazer pra evitar a dor e tem que ter um objetivo pelo qual lutar e isso, o médico as vezes não consegue fazer com os pacientes, às vezes não, na maioria das vezes, e hoje em dia, a gente conhece assim, existe um conceito novíssimo a, na neurologia que é chamada memória da dor, a gente tem uma dor crônica, só que aquela dor, o cérebro dele acostuma a sentir aquela dor, muitas vezes , mesmo sem estímulo, né, e precisa todo um trabalho neurológico e psicológico, pra depois essa dor possa sair dessa área né, e se transporte memória da dor, esse é um conceito novíssimo aí, interessante também, que que que pode até ser usado.

## Sujeito 05

### Dados do entrevistado:

Idade: 60 anos

Sexo: Masculino

Tempo de profissão: 35 anos de profissão

Local de trabalho: Clínica privada e eventualmente hospitais; durante muitos anos, vários hospitais também ,é, Serviço Público federal e também Professor Universitário durante, mais ou menos, uns 30 anos

**Obs.:** Antes de responder as questões, o entrevistado fez um preâmbulo:

É, além da genética, além da genética, teria a hereditariedade daquilo que nós herdamos, 3 itens são fundamentais na qualidade de vida, na saúde de uma pessoa: o controle das emoções, que diz muito respeito ao seu trabalho; a atividade física e alimentação saudável, lembrando que hoje, duas epidemias são fundamentais na humanidade que é a vida sedentária e obesidade tá, e claro que o stress , a ansiedade, o dia a dia, a história de vida das pessoas, são também itens importantes, é, no nosso dia a dia, são itens importantes e que estão presentes em grande parte da população, desde crianças até os adultos. Em relação ao controle das emoções, a história de vida, é, aquilo que a pessoa vive, aquilo que a pessoa pensa, aquilo que ela vivenciou, os paradigmas que ela enfrentou, o dia a dia dela, são de fundamental importância na sua saúde e reflete muito as emoções, reflete muito na nas enfermidades das pessoas. Nós somos também aquilo que nós comemos e que nós bebemos; hoje, as pessoas comem bem, porém , que nutrem mal e a nutrição , hoje, deve fazer parte fundamental, é, na saúde de uma pessoa, uma boa nutrição levando todos os micros e macros nutrientes necessários e atividade física nem se fala né, hoje, o sedentarismo tomou conta das crianças, tomou conta das pessoas, em função do próprio tipo de vida, né. No passado, eu, quando garoto, eu ia a pé pra escola, hoje, em função de uma série de

circunstâncias, distância, a violência, os perigos, as coisas e o próprio tempo, as crianças são obrigadas a irem de carro, se movimentam menos e assim por diante. Então, esses 3 itens ao lado da genética, ou seja, as emoções, a atividade física e a alimentação, a nutrição né, ao lado de uma boa genética, são básicos na saúde de uma pessoa. Eu fico muito feliz de fazer uma entrevista desse tipo, porque, sempre eu achei que, além da figura do médico, é muito importante a gente fazer um trabalho como se fosse fazer de uma maneira, de maneira geral né, um trabalho multidisciplinar, envolvendo a nutricionista, inclusive, eu tenho uma nutricionista aqui na clínica, trabalho muito nessa área, é, porque vem as enfermidades, devido, eu lido com as músculo-esqueléticas, mais lido muito com o anti-envelhecimento também, acho que um acompanhamento nutricional é fundamental nesses itens aí, da geriatria e das enfermidades músculo esqueléticas, os reumatismos né, e ainda acho também que que é importante a presença da da psicóloga, embora eu não tenha psicóloga aqui na clínica, é, eu , boa parte dos meus pacientes, eu sugiro algumas algumas, até encaminhado pro psiquiatra, mas como são, a maioria, casos leves, eu mesmo conduzo uma possível possível tratamento alopático, com medicamento de um problema emocional, mas eu sempre procuro encaminhar prum psicólogo, mas também, paralelamente, que a pessoa reveja seu estado de espírito, seu astral, que busque também, é, uma inspiração espiritual na casa de Deus, no Cristo, com Jesus, é e e eu nem indico qual tipo de de casa que de, que ela deva procurar, acho que ela tem que procurar uma, aquela que ela se adapte, que a família dela freqüente ou que alguma amiga dela tenha dado bem, ta, então eu acho que que que a presença da psicóloga, uma boa psicóloga, bem preparada, que já seja nata no assunto, que saiba lidar com as pessoas, aliado ao preparo que ela tem, é muito importante, no no acompanhamento de pacientes portadores, não só de enfermidades é, músculo esqueléticas, gerem dor, mas qualquer enfermidade né, isso é fundamental. Mas, eu acho que como preâmbulo, isso daí, acho que ta interessante. Com os seus quisitos agora, aí, a sabatina.

Questão 01: Pesquisadora: Quais as necessidades específicas na terapêutica do paciente com dor crônica?

Sujeito 05: Em 1º lugar, um bom exame clínico, um bom exame médico, avaliação dos hábitos e condições de vida da pessoa e uma avaliação bem global, desde o emocional, do mental, até a parte física, se o paciente é obeso, se não é obeso, como que é o seu astral, quais são os seus problemas e identificar a doença; então, identificação da doença é de fundamental importância, o diagnóstico, isso é básico pra você elaborar um plano terapêutico para o paciente. Em relação a 2ª pergunta.....

Questão 02: ( O entrevistado leu a pergunta ) Quais as principais formas de tratamento existentes para estes casos?

Sujeito 05: Bom, elaborado o diagnóstico, evidentemente, nós, eu reumatologista, geriatras que lido muito com enfermidades músculo esqueléticas, que geram dor, é uma doença muito em voga hoje, que tem uma ligação muito grande com as emoções, com o emocional da pessoa, é a fibromialgia reumática, né, tem grande ligação, mas, não só a fibromialgia reumática, todas as enfermidades músculo esqueléticas, ou des... enfermidades de algumas doenças sistêmicas que levam a dor, geram uma fragilidade emocional grande nas pessoas e, certo, que a pessoa já é frágil, com certeza, essa pessoa fragilizada vai ter assim, um emocional mais abalado, então vai estabelecer aquele ciclo de dor, fragilidade emocional, fragilidade emocional/piora do quadro emocional/ piora da dor, então é muito importante você, é, ter feito bom diagnóstico e na elaboração do tratamento da dor, no caso aí, eu to citando a fibromialgia reumática, você pode fazer o diagnóstico correto, pode fazer o planejamento terapêutico alocado, é.....o o tratamento bem correto, naquilo que é necessário pro paciente e cuidar, como eu disse anteriormente, não só da dor, mas cuidar do emocional, cuidar do astral, amparar esse paciente, se, e dos outros problemas, os hábitos e condições de vida dele, se ele tiver vida sedentária, praticar esporte, se for o, se for obeso corrigir, corrigir o peso. Alguns casos, o próprio médico pode lidar com o próprio paciente, vai depender do caso, das suas condições econômicas, do acesso que ele vai ter a um serviço de psicologia, a um serviço de nutrição e assim por diante. Então, o tratamento sempre sempre sempre é global, o paciente tem que ser enquadrado num conjunto todo.

Questão 03: Pesquisadora: O senhor já trabalhou com um psicólogo numa equipe multidisciplinar com pacientes com dor crônica?

Sujeito 05: É, na época que eu era médico perito, fui chefe do serviço médico de perícia lá do do do do INSS, do serviço de pessoal, a gente sempre trabalha..lhava com psicólogo, trabalhava com fisioterapeuta. Na minha clínica privada, eu nunca tive um , já tive uma psicóloga junto , a M.<sup>a</sup>, que inclusive, eu encaminhava os pacientes pra ela quando necessário né e e a gente sempre trabalhou com uma equipe multidisciplinar aqui na clínica, com nutricionista, com psicólogo, em em , não que ela tivesse até, o consultório dentro da clínica mas, quando e o necessário, elas vinham aqui prestar assistência ou então eu encaminhava pruma psicóloga do gosto da paciente, é, na cidade que ela estava, no bairro que ela estava, e assim por diante, tá, então eu...sempre trabalho com essa possibilidade, claro que eu também trabalho muito com o emocional do meu paciente, porque, já é difícil o paciente aderir ao tratamento, se você não não é claro com ele, o que ele tem, qual o diagnóstico, qual o prognóstico, você não dá o apoio psicológico, ele não faz o bate e volta, a consulta e o retorno, outra consulta e o retorno, é muito difícil dele aderir ao tratamento tá.

Questão 04: Pesquisadora: Mesmo que nunca tenha trabalhado com um psicólogo, qual a sua opinião a respeito do trabalho do psicólogo no tratamento da dor crônica, dentro de uma equipe multidisciplinar? Em quais pontos ele poderia ser útil/

Sujeito 05: ( Inspirou forte ) Tudo que eu disse anteriormente eu volto a repetir; é óbvio que a presença do psicólogo é fundamental, embora o nosso país é, onde o nível cultural, o nível sócio econômico é muito ruim nesse sentido, não há uma cultura, felizmente ta melhorando, eu bato na história da medicina preventiva a muitos anos, tanto é que eu acoplei a reumatologia ,a geriatria à medicina preventiva, então eu acho que o trabalho multidisciplinar, a presença da psicóloga e de outros profissionais são de fundamental importância; sempre que o paciente pode, sempre que o paciente, ele tem acesso, eu sempre procuro dar um jeito dele ter um apoio psicológico, que com certeza, um bom psicólogo vai contribuir muito pra pessoa

aliviar a sua fragilidade emocional e identificar os problemas que ela tem, ta. Pra não me alongar, é isso daí.

Questão 05: Pesquisadora: Existem psicólogos atuando no tratamento da dor em clínicas especializadas e em hospitais, em sua cidade? De que forma?

Sujeito 05: Olha, eu conheço uma meia dúzia de psicólogos que trabalham bem nesse sentido, trabalham muito bem o paciente, o importante é o seguinte: qualquer enfermidade que gere dor, que gere desconforto, que gere problemas, é, que gere fragilidades, é, o paciente, ele é global, ele tem que ser visto num conjunto geral, só psicólogo não cura dor, só médico não cura dor, só perda de peso não cura dor, só atividade física não cura dor , só o controle das emoções, desde então, ele é, o conjunto todo é que vai valer, então evidentemente, tudo vai d3pender, qual é o maior componente, por exemplo, na fibromialgia, a maior causa da dor, geralmente é o componente emocional, é a história de vida; por exemplo, a artrite reumatóide é uma enfermidade que de cada 10 pacientes que você entrevista, com certeza, meia dúzia, 7 ou dependendo do local, dependendo da cultura, é, a origem, o fator, o gatilho da doença, porque a hereditariedade manda, o gatilho da doença geralmente é uma perda, não necessariamente a perda de um ente querido, do pai, da mãe, do irmão, de um parente próximo, mas qualquer tipo de perda, é, teve que vender a casa, mudou da cidade, mudou de bairro, um amigo mudou de cidade, então, uma perda pode significar o gatilho que faltava, a gota d'água que faltava pra desencadear a enfermidade.

Questão 06: Pesquisadora: Eventuais considerações acerca do tema.

Sujeito 05: Ah, eu quero que a D. entre nessa área que é muito interessante, a gente tá sempre pronto, aqui, a colaborar, embora o tempo seja curto né, e também eu acho que tem que levar um pouco pras pessoas também, aproveitando a oportunidade, de que o médico, ele...clínico, médico alopata, não vê o paciente no conjunto geral, isso é uma balela muito grande, não existe isso, muitas vezes, eu que trabalhei no serviço público, eu nunca deixava de dar um aperto de mão do paciente, perguntar como tava a vida dele, isso aqui lhe, eu conheço a maioria dos

profissionais fazem isso aí, tratam bem do seu paciente, já é um amparo psicológico, já tratá-lo bem, é claro que existe os bons, os maus e os maus profissionais, então, o paciente, ele é sempre visto no geral, evidentemente, pelas circunstâncias, muitas vezes o tempo dado pro paciente não é aquilo que ele precisa né, por isso que o sucesso, o nome de um profissional depende muito do carinho, da forma como ele aborda os pacientes, é, isso daí, ele vai muito também, do talento pessoal de cada um, do preparo de cada um, é, da forma como ele vê as enfermidades, eu sempre procurei trabalhar nesse sentido, praticamente é, vou dizer minha experiência aqui, você, mesmo não sabendo meu nome e quem eu sou, então não vai ser falsa modéstia aí, só a D. que ta sabendo quem eu sou, eu realmente, eu diria que 70% ou mais do meu sucesso hoje, de ter mais de quarenta e cinco mil pacientes fichados aqui no consultório, em 35 anos de profissão, mesma maneira, o meu sucesso como professor se deve a forma como eu encarei meus alunos e como eu encaro os pacientes, tratando aos meus como filhos, como irmãos, como primos, como pai, como mãe, então, essa é a base de tudo, e o carinho e o amor com que você desenvolve sua atividade profissional. É aquela, então D. aplique todo carinho, toda atenção, todo seu conhecimento científico, é, na cura do, das suas pessoas, encarando-os como se fossem seus parentes, tá.

Pesquisadora: Obrigada pela atenção.

## Apêndice C

### Termo de consentimento

**Título da pesquisa:** *As Considerações do Médico a Respeito do Trabalho do Psicólogo no Tratamento da Dor Crônica.*

**Instituição:** Universidade do Sagrado Coração

**Pesquisador(a) responsável:** Deide Renata da Silva Pivatto

**Local onde será desenvolvida a pesquisa:** Clínicas e Hospitais de Bauru.

**Resumo:** A presente pesquisa tem o objetivo de verificar a opinião de médicos que atuam em clínicas particulares e hospitais da cidade de Bauru e região, por meio de entrevistas que serão gravadas para uma melhor fidedignidade dos resultados, sobre o trabalho do psicólogo no tratamento da dor crônica.

**Riscos e benefícios:** Não terá nenhum risco seja de vida, de integridade pessoal, ou trabalhista; sua participação nesta pesquisa estará contribuindo para uma melhor compreensão sobre a terapêutica utilizada em pacientes com dor crônica.

**Custos e pagamentos:** Não haverá remuneração aos participantes da pesquisa, bem como não será cobrada nenhuma taxa aos mesmos.

Confidencialidade:

Eu, ..... entendo que qualquer informação obtida sobre mim será confidencial. Eu também entendo que meus dados de pesquisa estão disponíveis para a revisão do pesquisador. Foi-me esclarecido que minha identidade não será revelada em nenhuma publicação desta pesquisa; por conseguinte, consinto na publicação para propósitos científicos.

**Direito de desistência:** O sujeito poderá recusar a participação da pesquisa ou desistir da mesma a qualquer momento.

**Consentimento voluntário:**

Eu certifico que li ou me foi lido este termo de consentimento e entendi seu conteúdo. Uma cópia deste termo me será fornecida. Minha assinatura demonstra minha aceitação e livre concordância na participação deste estudo.

Assinatura do sujeito da pesquisa.....

Data:   /   /

Eu certifico que expliquei ao Sr(a)....., acima referido, a natureza, propósito, benefícios e possíveis riscos associados à sua participação nesta pesquisa, que respondi todas as questões que me foram feitas e testemunhei a assinatura acima.

Assinatura do pesquisador:.....

Data   /   /

OBS: O presente termo consta de duas páginas e encerra-se aqui.