ARTIGO ORIGINAL

Rev. Psiq. Clín. 28 (6):288-294, 2001

Dor crônica, terapia cognitiva comportamental e o enfermeiro

Cibele Andrucioli de Mattos Pimenta1

Recebido: 12/11/2001/Aceito: 12/11/2001

RESUMO

A vivência e a expressão da dor crônica relacionam-se a aspectos cognitivos, emocionais e comportamentais. Crenças e comportamentos disfuncionais são freqüentes em doentes com dor crônica e acarretam piora na funcionalidade física e psíquica. A terapia comportamental cognitiva pode auxiliar na compreensão e no tratamento desses doentes. Neste artigo são discutidos os objetivos, as estratégias dos programas cognitivo-comportamentais para doentes com dor crônica e a responsabilidade dos enfermeiros.

Unitermos: Dor crônica; Crenças; Atitudes; Terapia cognitiva comportamental; Papel do enfermeiro.

ABSTRACT

Chronic pain, cognitive-behavior therapy and the nurse role

Chronic pain syndromes and its manifestation are related to physical, cognitive and emotional aspects. Dysfunctional beliefs are frequent in chronic pain patients and are related to worse physical and psychological performance. Cognitive behavior therapy can contribute to understand and to treat these patients. The cognitive behavior programs aims and strategies to assist chronic pain patients and the nurse accountability are discussed in this article.

Keywords: Chronic pain; Beliefs; Attitudes; Cognitive behavior therapy; Nurse role.

Dor crônica é um quadro complexo no qual elementos biológicos, emocionais e socioculturais estão imbricados de modo indivisível na determinação, na apreciação e na expressão do fenômeno doloroso. Dor crônica é mais que um sintoma. É uma doença *de per si*. É aquela que não desaparece após a cura da lesão ou que está relacionada a processos patológicos crônicos (Merskey e Bogduk, 1994). Sua presença constante ou intermitente, e a duração prolongada, em geral, é muito perturbadora para quem a sente. Acarreta alterações nas atividades físicas, no sono, na vida sexual e no humor; associa-se a baixa auto-estima, distorções cognitivas, apreciação desesperançada da vida, relações familiares conflituosas, prejuízos no trabalho e no lazer.

Dor crônica não é só produto de uma lesão. O modelo biomédico tradicional prevê a doença como decorrente apenas de anormalidades biológicas de um órgão ou sistema, identificadas por exames e testes objetivos, cuja origem pode ser claramente classificada como somatogênica e psicogênica. Nesse referencial teórico a intervenção se processa sobre o órgão comprometido e o tratamento resulta na cura da doença e no desaparecimento dos sintomas (Canguilhem, 1982). Esse modelo não se aplica à dor crônica (Turk, 1996). Dor crônica é um fenômeno complexo cuja percepção, apreciação e expressão resultam de inúmeras interações entre a atividade das vias e unidades nociceptivas e supressoras de dor e os elementos biológicos, emocionais, cognitivos e socioculturais do indivíduo. Apesar de freqüentemente a queixa dolorosa iniciar-se com a agressão tecidual, nos quadros dolorosos crônicos, muitas vezes, não há mais lesão observável, ou esta é desproporcional à queixa de incapacidade e sofrimento. Nessas situações, admite-se que a manutenção do quadro doloroso esteja relacionada a fatores psicossociais, culturais, ambientais e, possivelmente, a aspectos biológicos ainda não completamente compreendidos (Teixeira, 1991;

Teixeira, 1997; Merskey e Bogduk, 1994). Os estudos têm mostrado resultados coerentes com a concepção de que aspectos psicossocioculturais influenciam no modo de o doente perceber, expressar e lidar com a dor.

A teoria comportamental cognitiva e a dor crônica

Apesar dos inegáveis avanços no conhecimento dos aspectos anatômicos, fisiológicos e neuroquímicos da dor, do desenvolvimento de novos fármacos e de complexas técnicas analgésicas de natureza física, anestésica e cirúrgica, o controle das síndromes dolorosas crônicas é variável, considerando-se diferentes doentes com o mesmo tipo de dor crônica e o mesmo doente ao longo do tempo. Tais diferenças reforçam a compreensão de que outros aspectos, além dos biológicos, estejam envolvidos na manutenção ou na magnificação da sintomatologia. Modelos teóricos que consideram a importância dos aspectos emocionais, cognitivos, comportamentais e culturais para o manejo da dor ganharam impulso no final da década de 60 e início da década de 70, amparados pela Teoria da Comporta da Dor (Keefe e Lefebvre, 1994; Turk e Meichenbaum, 1994; Sanders, 1996).

A Teoria da Comporta da Dor (Melzack & Wall, 1965) forneceu a estrutura teórica que explicou a integração de estímulos periféricos aos fenômenos corticais e afetivos. Esse modelo teórico prevê que no corno posterior da substância cinzenta da medula espinhal, e em outras estruturas rostrais do sistema nervoso central, ocorre a modulação da dor. Na medula espinhal, estímulos nóxicos advindos da periferia interagem com estímulos periféricos não-nóxicos (mecânicos e térmicos) e com estímulos nervosos descendentes, inibitórios ou excitatórios, advindos da ativação de estruturas encefálicas. Esses sistemas descendentes, rostro-caudais, são ativados e sofrem interferência do pensamento e do afeto (conceito individual sobre dor, atribuição de significado à situação, experiências passadas e ocorrência de ansiedade ou depressão, entre outras), de estímulos nóxicos (a própria dor), de impulsos não-nóxicos oriundos do sistema sensitivo-discriminativo (tato e temperatura) e de estímulos advindos dos órgãos dos sentidos (sons, imagens, cheiros). Dessa interação (periferia, medula espinhal e estruturas encefálicas), a transmissão do impulso nervoso será modulada (abre-se ou fecha-se a comporta) e, do corno posterior da medula, levada a estruturas subcorticais e corticais envolvidas na percepção e na apreciação da dor. Essa teoria prevê a somação de estímulos, isto é, a dor resultante final não depende apenas da quantidade de nocicepção, mas de sua interação com diversos outros estímulos (Melzack e Wall, 1965; Melzack e Wall, 1991). Com o tempo, demonstrou-se que alguns aspectos da Teoria da Comporta da Dor estavam incorretos, mas a estrutura geral do modelo continuou válida. A Teoria da Comporta propiciou o desenvolvimento de diversas intervenções para o controle dos quadros dolorosos, incluindo as que se propõem a atuar nos componentes cognitivos e comportamentais da dor. Tais intervenções encontraram suporte na Teoria Cognitivo-Comportamental (Fordyce, 1976; Turk, Meichenbaum e Genest,1983; Chaplin, 1985; Keefe e Lefebvre, 1994; Turk e Meichenbaum, 1994; Sanders, 1996).

Fordyce, em 1976, introduziu os preceitos da Teoria Cognitivo-Comportamental na área de controle da dor crônica (Fordyce, 1976; Keefe e Lefebvre, 1994). A perspectiva cognitivo-comportamental para o manejo da dor crônica compreende a "articulação" dos processos cognitivos, biológicos, comportamentais, socioculturais e ambientais. Fundamenta-se no pressuposto de que todos esses processos influenciam-se mutuamente, visando promover o melhor ajustamento entre o indivíduo e seu ambiente. A pessoa é vista como processadora ativa das informações, e o comportamento, como determinado pela interação das crenças, regras e emoções do indivíduo com o ambiente. Propõe que os indivíduos podem aprender modos mais adaptativos de pensar, sentir e se comportar e são os agentes fundamentais desse aprendizado e mudança. Há o objetivo de se utilizarem manipulações ambientais (reforços) e a possibilidade de a pessoa questionar-se, reavaliar seus comportamentos, pensamentos e sentimentos e adquirir habilidades e confiança para modificar os considerados pouco adaptativos (Turk, Meichenbaum e Genest, 1983; Turk e Meichenbaum, 1994; Bradley, 1996; Turk, 1996). Comportamento adaptativo é compreendido como uma resposta apropriada, que auxilia o indivíduo a interagir mais efetivamente com o seu meio. É o processo de ajustar comportamentos e atitudes para continuar a viver de modo satisfatório, segundo avaliação do próprio indivíduo (Chaplin, 1985; Bates e Rankin-Hill, 1997). Comportamento adaptativo pode ser compreendido como o conjunto de respostas (sentimentos, pensamentos e comportamento observável) que auxiliam o indivíduo a interagir mais satisfatoriamente com o seu ambiente. O objetivo é o ajustamento, isto é, estabelecer uma relação harmoniosa entre ambiente físico e social de modo a satisfazer as necessidades dos indivíduos (Chaplin, 1985).

Na perspectiva cognitivo-comportamental o interesse é auxiliar os doentes a identificarem seus pensamentos, atitudes, crenças e comportamentos pouco adaptativos. A reconhecer o impacto dos pensamentos, atitudes e emoções sobre a dor e estabelecer correlações entre cognição, afeto e comportamento. Busca-se melhorar a auto-estima, reforçar a autoconfiança e auxiliar o doente a refletir sobre si mesmo e sobre suas concepções de dor e tratamento. Os doentes são encorajados a aprender e a utilizar novas estratégias para lidar de forma eficaz com o quadro doloroso, utilizando comportamentos mais adaptativos. A variabilidade dos resultados das abordagens tradicionais para o controle da dor crônica tem levado à ênfase em tratamentos como reorganização cognitiva, exercícios e relaxamento, entre outros, e não apenas no uso de medicação e cirurgias (DeGood e Shutty, 1992; Turk e Meichenbaum, 1994; Bradley, 1996).

A possibilidade de uso de conceitos da Terapia Cognitivo-Comportamental no manejo de doentes com dor crônica advém do fato de que as crenças, as atitudes, os valores e os comportamentos relacionados à saúde em geral e à dor em especial são culturalmente adquiridos e podem ser modificados. Melzack & Wall (1991) postulam que "a quantidade e a qualidade da dor que sentimos são determinadas pelas nossas experiências prévias e do quanto nos lembramos delas; pela capacidade de entender suas causas e compreender suas conseqüências. Ainda, a cultura em que estamos inseridos tem papel essencial em como sentimos e respondemos à dor".

Crianças aprendem com seus pais e com outras pessoas significativas o modo de interpretar um sintoma, de atribuir-lhe significado, de expressar um desconforto e de responder à doença, lesão ou dor. O comportamento de dor (aquilo que alguém faz ou não, diz ou não, que leva outrem a deduzir que ele tem dor) é aprendido pela observação de alguém com dor. O comportamento de dor inclui mudanças na expressão facial e corporal, alterações das atividades, emissão de sons e palavras utilizadas para descrever seu estado e pedir auxílio. Comportamentos de dor podem ser manifestados pelos doentes em freqüência e magnitude diferentes e não representam apenas a magnitude da lesão tecidual. Fatores socioculturais, emocionais e ambientais também contribuem para sua manifestação e perpetuação. O aprendizado de como se comportar, do que fazer quando se tem dor e de que significado atribuir ao evento serve para preservar a integridade. Dependendo de como foram ensinadas, as pessoas podem ser mais ou menos propensas a ignorar ou a supervalorizar a dor, possuir um ou outro conceito de como se tratar e a quem procurar nessas situações (Helman, 1994; Bates, Rankin-Hill e Sanchez-Ayendez, 1997). As conseqüências após a manifestação de dor podem reforçar ou não o comportamento de dor. Apesar da incontestável importância do meio cultural no aprendizado do comportamento, indubitavelmente sempre haverá espaço para a construção particular de cada indivíduo dos modos de ver, sentir, julgar e expressar os eventos, a partir de características biológicas e psíquicas próprias.

O fato de que dor é, também, um comportamento aprendido, possibilita o uso de conceitos da teoria comportamental como aprendizagem, modelagem, comportamento operante, resposta, reforço, condicionamento, privação, punição, esquiva e análise funcional, entre outros. No cuidado de doentes com dor crônica é freqüente observar pessoas ou situações ambientais que reforçam o comportamento doloroso de incapacidade e autopiedade dos doentes. A identificação de tais fatores requer o esclarecimento do doente e circundantes de tais fatos e a organização de programas terapêuticos que visem reforçar repostas adaptativas e extinguir respostas disfuncionais (Holland & Skinner, 1975).

Segundo a óptica cognitivo-comportamental, os valores, as atitudes, as crenças, as expectativas, o julgamento do doente sobre a situação e sobre a confiança na sua capacidade de lidar com a situação determinam a experiência da dor (Turk, Meichenbaum e Genest, 1983). O julgamento do doente sobre a eficácia de vários tratamentos influi na efetividade das intervenções para o controle da queixa álgica e fatores cognitivos podem exacerbar a dor e o sofrimento, contribuir para a incapacidade e influenciar as respostas ao tratamento (Turk & Meichenbaum, 1994; Pimenta, 1995). No cuidado de doentes com dor crônica é freqüente observar pessoas com pensamentos automáticos negativos, erros cognitivos e crenças disfuncionais que resultam em estilo de pensamento e comportamento pouco adaptativos.

As crenças, o conhecimento e as atitudes dos doentes sobre dor e analgesia influenciam a apreciação, a expressão e o manejo da dor, e há na literatura observações clínicas desse fato. Em estudo realizado em nosso meio (Pimenta, 1995) tinha-se como hipótese que os doentes possuíam crenças "errôneas" sobre dor oncológica e analgesia, e que isso poderia interferir na vivência de dor, o que de fato pôde ser observado. Foram avaliados 57 doentes com dor crônica de origem neoplásica e encontrou-se que grande parte deles entendia a dor em casos de câncer como incontrolável e fatalmente mais intensa nas fases finais da doença. Os doentes julgavam que os remédios utilizados eram muito fortes e perigosos e que analgésicos só se usam quando há dor intensa. Analisando-se a influência das crenças e das atitudes sobre dor oncológica e analgesia, na intensidade da dor, encontrou-se correlação negativa, isto é, quanto menos "adequadas" eram as crenças e atitudes sobre dor oncológica e analgesia, maior foi a intensidade da dor. A confirmação da hipótese de que as crenças e os julgamentos dos doentes sobre sua dor e tratamento repercutem na vivência do quadro doloroso é de extrema importância para subsidiar a atuação educativa para o controle da dor.

Doentes com dor crônica não-oncológica, freqüentemente, apresentam comportamentos que desafiam a compreensão. Relatam história prolongada de dor, uso de muitos medicamentos para o controle da queixa, realização de muitos exames e cirurgias e de tratamentos com vários profissionais, sem que o sucesso esperado fosse alcançado. Relatam também história de incapacidade, restrição de atividades, sofrimento, desajustes matrimoniais e profissionais. Intrigante é perceber que, muitas vezes, procuram o mesmo tipo de tratamento ao qual já se submeteram sem resultados positivos. No entanto, resistem quando orientados a se engajarem em outras atividades (exercícios, relaxamentos, readaptação ao trabalho e menos medicamentos). Contrapondo-se ao descrito, alguns doentes, com quadros físicos semelhantes, apresentam respostas mais favoráveis e menor sofrimento e incapacidade.

Acredita-se que os comportamentos de alguns doentes com dor crônica podem estar associados a aprendizagens sobre

a atribuição de significado à dor e sobre o modo de se comportar quando a vivenciam, entre outras possibilidades, baseadas no modelo de dor aguda (Turk, Meichenbaum e Genest, 1983; DeGood e Shutty, 1992; Turk e Meichenbaum, 1994; Bradley, 1996) . O comportamento nas situações de dor aguda, de fato, envolve a imobilização da área afetada, a diminuição da atividade geral, a compreensão de que há algo errado com o organismo e a emissão de comportamentos de dor para obter ajuda. Se o agravo for identificado e tratado, o problema e a dor serão curados e desaparecerão. Ainda, comportamentos de solicitude das pessoas para com o indivíduo com dor, freqüentemente, estão presentes nos quadros de dor aguda, visto a necessidade de restrição da área lesada e a duração limitada do agravo. Em inúmeros quadros de dor crônica não há mais lesão ou essa não é proporcional à queixa; a ajuda profissional, na maioria dos casos, já foi obtida; a restrição à movimentação é contra-indicada, a excessiva solicitude de outrem quando da manifestação de dor contribui para incapacidade, e a duração do quadro é imprevisível. Observa-se que dor aguda e crônica são quadros muito diferentes.

Doentes com dor crônica, freqüentemente, apresentam crenças, atitudes e comportamentos errôneos, possivelmente aprendidos pela experiência de dor aguda. Muitos doentes acreditam que se há dor há lesão e uma "causa" para a dor, e que esta "tem" de ser "descoberta", que deve ser imobilizada a região com dor, que a atividade física piora a lesão, que suas emoções não têm relação com a dor, que dor sempre resulta em incapacidade, que merecem atenção especial pela sua situação de dor e que o único resultado aceitável para seu quadro é a eliminação total da dor. Tais concepções parecem influir no comportamento doloroso, no sofrimento e no distresse emocional, na adesão à terapêutica, na incapacidade física, no retorno ao trabalho, na procura pelo sistema de saúde e na persistência do quadro álgico, entre outros aspectos. Se tais premissas forem verdadeiras, identificar os pensamentos automáticos negativos e as crenças disfuncionais é fundamental para que intervenções que visem reorganizá-las possam ser propostas.

Em estudo realizado em nosso meio, as atitudes de 69 doentes foram investigadas por meio do Inventário de Atitudes frente à Dor – versão breve, validado para a língua portuguesa (Pimenta, 1999). O inventário permitiu a avaliação das atitudes diante de sete domínios da experiência dolorosa crônica: controle, emoção, incapacidade, dano físico, medicação, solicitude e cura médica. Parcela de doentes (41,7%) disse crer na influência pessoal no controle da dor; metade considerou-se favorável à solicitude de outros diante de sua manifestação de dor; 51% julgaram que dor significa dano físico; 56,9% reconheceram a relação entre suas emoções e a intensidade da dor; 57,5% relataram que dor incapacita; 63,3% criaram que medicamentos são o melhor tratamento para o controle da dor crônica e 73,8% acreditavam na existência de cura médica para a dor crônica (Pimenta, 1999). Essas mesmas atitudes foram avaliadas em dois momentos – logo após a admissão no serviço e entre 6 e 15 meses após o início do tratamento em serviço de dor – e não se observaram diferenças estatisticamente significantes. Isto é, as atitudes dos doentes diante da dor não se modificaram com o tempo (Pimenta, 1999). Tais fatos sugerem que crenças disfuncionais estão presentes, que estas não se modificam espontaneamente ao longo do tempo e que intervenções específicas para trabalhar com tais crenças devem ser organizadas e implementadas, e seus resultados devem ser avaliados.

A enfermeira e o doente com dor crônica: aspectos educacionais, cognitivos e comportamentais

Quando se fala em papel e atuação profissional, há que se pensar nos diversos aspectos que compõem e definem o desempenho de um dado profissional, tais como a formação acadêmica, as competências legais, a filosofia da instituição de trabalho, a disponibilidade e as características dos recursos humanos e materiais do serviço e a qualificação técnica e psicossociocultural individual. Do entrelaçamento desses fatores podem resultar estilos de atuação com diferenças significativas, especialmente nas situações que representam áreas novas do conhecimento, nos quais o modelo téorico-clínico é recente ou está em construção, como nos casos da atuação da enfermeira em clínicas de dor. Portanto, não há um padrão fixo a ser descrito, e o que se apresenta baseia-se nos aspectos formais da profissão, na literatura existente e na opinião e na experiência da autora.

A formação acadêmica das enfermeiras caracteriza-se pela abrangência. Envolve o estudo de epidemiologia, microbiologia, imunologia, anatomia, fisiologia, patologia, farmacologia, nutrição, psicologia e psiquiatria, sociologia e saúde pública, entre outras disciplinas. Tais conteúdos servem de base para a organização de disciplinas específicas de enfermagem (enfermagem obstétrica, enfermagem pediátrica, enfermagem médico-cirúrgica, enfermagem gerontológica e geriátrica, enfermagem em saúde coletiva e enfermagem psiquiátrica, entre outras) que visam preparar o profissional para o atendimento dos indivíduos nas diversas fases do ciclo vital e com diferentes condições de saúde e doença. De modo genérico pode-se dizer que a assistência de enfermagem centra-se nas premissas da unicidade física, psíquica, social e espiritual do indivíduo, e do direito deste ao autocuidado, como estratégia para alcançar a independência. A formação abrangente das enfermeiras lhes permite importante versatilidade de ação e as coloca em posição única na equipe de saúde, pois as torna capazes de atuar considerando as perspectivas biológica e psicossocial, podendo enfatizar ora uma ora outra linha de pensamento, dependendo das necessidades do doente, das características do serviço e do profissional. De modo genérico, pode-se dizer que a atuação da enfermeira junto a doentes com dor pode ser dividida em três grupos: atendimento a doentes com dor

crônica não-oncológica, atendimento a doentes com dor oncológica e a doentes com dor aguda.

Nas situações de dor crônica, geralmente, não há expectativa de morte, o quadro doloroso se estende por vários anos, muitas vezes a dor é a doença em si, nem sempre há lesão identificável, a relação entre lesão e dor é muitas vezes pobre, o controle da dor é mais difícil, os métodos farmacológicos são de menor resolutibilidade, freqüentemente há questões profissionais envolvidas e os prejuízos sociais, familiares e pessoais, advindos do quadro álgico, são enormes. O afastamento do trabalho e das responsabilidades familiares ocasiona grandes perdas financeiras para doentes, familiares, sistema de saúde e sociedade como um todo, além de alterar o cotidiano do doente e da família. Fatores socioculturais e psíquicos, além dos biológicos, parecem influir de modo importante na aquisição, na expressão e na manutenção do comportamento de dor (verbalização de dor, posturas de proteção e de imobilização, expressão facial de desconforto, procura pelo sistema de saúde, ingestão de analgésicos, afastamento do trabalho e de atividades físicas, entre outros). Dor como uma manifestação socialmente aprendida, baseada em crenças e atitudes pouco adaptativas, mantida por expectativas irrealistas e comportamentos disfuncionais, e como forma de ganho secundário de natureza psíquica, social ou econômica, parece ser mais importante nos quadros de dores crônicas não-oncológicas do que nos quadros de dor aguda e dor crônica oncológica. Doentes e familiares vivenciam a dor como algo misterioso e freqüentemente o doente é desacreditado, visto que muitas vezes não se encontra lesão observável, não há um diagnóstico sobre a causa da dor, o quadro se estende há anos, as intervenções analgésicas apresentam resultados modestos e o doente continua se queixando. Ocorre comprometimento das responsabilidades laborativas e domésticas, o doente apresenta-se deprimido e se esquiva de diversas atividades sociais e físicas. As palavras-chave para a atuação da enfermeira junto a esses doentes são educação e suporte, e a palavra educação é compreendida de modo amplo. Envolve desde o fornecimento de informações técnicas até a aquisição de comportamentos, hábitos e crenças mais adaptativas. Para o desenvolvimento dessas atividades a avaliação é fundamental.

A avaliação do doente com dor crônica compreende aspectos relativos às condições físicas (lesão, sistema neurológico, muscular, limitações, etc.), às características da dor, às respostas comportamentais e emocionais apresentadas, à situação trabalhista e ao funcionamento na vida diária, entre outros. Deve ser feita de modo multiprofissional. Há que se definir quais aspectos merecem ser avaliados em determinados grupos de doentes ou em determinado doente, organizar estratégias que possibilitem essa avaliação, sintetizar os achados, estabelecer modos para o compartilhamento dos dados entre a equipe e estabelecer periodicidade das avaliações para se verificar mudanças ao longo do tratamento, o que pode representar a efetividade das intervenções propostas e a necessidade de reajuste da terapêutica. Ênfase especial deve ser dada ao conhecimento, às crenças, às atitudes, às expectativas, aos comportamentos e aos modos de o doente e os familiares lidarem com a dor e o tratamento.

As intervenções das enfermeiras junto aos doentes com dor crônica, de modo independente ou colaborativo, são de natureza farmacológica, física, educativa e cognitivo-comportamental. Serão discutidos alguns aspectos sobre as intervenções educativas, cognitivo-comportamentais e de suporte.

Programas educativos, básicos e especiais, podem ser oferecidos a doentes com dor crônica. Todos os doentes devem participar de programas educativos básicos e de programas educativos especiais. O conteúdo de um programa educativo básico sobre dor e seu manejo compõe-se de três partes: compreendendo a dor e seus componentes, intervenções farmacológicas e intervenções não-farmacológicas, em que se incluem as de cunho cognitivo-comportamental. Tal programa pode ser desenvolvido com carga horária diferente, enfatizando-se uma ou outra parte, dependendo do tipo de clientela, das possibilidades, da filosofia e dos objetivos do serviço.

A influência mútua entre pensamento, comportamento, emoção e dor, estabelecida pela Teoria Cognitivo-Comportamental, é enfatizada nos programas educativos com doentes com dor crônica. Visa-se que o doente compreenda que dor é um comportamento socialmente aprendido e reforçado pela interação do indivíduo com o meio ambiente; que ele não é receptor passivo de informações e que pode aprender ou reaprender comportamentos mais adaptativos, isto é, que tragam maior funcionalidade e bem-estar. Atua-se para que os doentes compreendam que os pensamentos (atitudes, expectativas, crenças, entre outros) podem afetar os processos psicológicos, influenciar o humor, determinar comportamentos e ter conseqüências sociais. Atua-se, também, para que aprendam que a emoção, o ambiente social e os comportamentos podem influenciar os processos de pensamento. Doentes com dor crônica apresentam, com freqüência, pensamentos catastróficos, com ênfase nos aspectos negativos e generalizantes, entre outros erros cognitivos. Nesses programas, o doente dialoga, reflete e aprende a reconhecer os efeitos mútuos da dor sobre seu comportamento, pensamento e emoção. Aprende a identificar seus pensamentos e crenças disfuncionais, a procurar evidências que sustentem suas concepções, a debater suas crenças e a investigar alternativas de conceitos e de atribuição de significados. Aprende também novas estratégias comportamentais para o enfrentamento da dor, freqüentemente relacionadas a técnicas de relaxamento e distração. Os familiares também devem ser orientados sobre relações, comportamento doloroso, crenças, emoção e ambiente. É muito importante que participem das atividades educativas. Devem ser alertados sobre não reforçar conceitos e comportamentos disfuncionais, especialmente os de incapacidade, e a estimular e reforçar os comportamentos saudáveis.

As ações de suporte que as enfermeiras desenvolvem junto aos doentes com dor crônica referem-se a reconhecer sua frustração e sofrimento com a evolução do quadro, e, principalmente, a apoiá-los na busca de modos mais adaptativos de pensar e de se comportar diante da dor. Visam amparar o doente no processo de compreensão de que continua tendo uma vida, apesar da dor. Essas modificações são lentas, demandam reflexão e muita energia pessoal, modificação da dinâmica familiar, das condições ambientais e, às vezes, da atividade profissional.

Conclusão

Dor crônica compõe-se de aspectos físicos, cognitivos, comportamentais e emocionais. A Terapia Cognitivo-comportamental pode fornecer referencial teórico e estratégias terapêuticas para auxiliar os doentes e familiares, individualmente ou em grupos, a lidar com os quadros dolorosos crônicos. As características de formação das enfermeiras e a ênfase na unicidade biopsicossocial e no autocuidado lhes permite variada gama de intervenções; a presença desses profissionais em todos os serviços de saúde e o contato freqüente e prolongado com doentes e familiares coloca esses profissionais em posição privilegiada para desenvolver atividades educativas que permitam aos doentes e familiares refletir sobre a relação dor, comportamento, cognição, emoção e ambiente, e identificar e corrigir comportamentos e pensamentos disfuncionais.

.

.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bates, M.S.; Rankin-Hill, L. – Control, Culture and Chronic Pain. *Soc Sci Med* 39: 629-45, 1994.

Bates, M.S.; Rankin-Hill, L; Sanchez-Ayendez – M. The Effects of the Cultural Context of Health Care on Treatment of and Response to Chronic Pain and Illness. *Soc Sci Med* 45: 1433-47, 1997.

Bradley, L.A.A – Cognitive Behavioral Therapy for Chronic Pain, In: Gatchel R.J. & Turk, D.C. (eds.): *Psychological Approaches to Pain Management*: *A Practitioner's Handbook*. Guilford, New York, pp.131-47, 1996.

Canguilhem, G. – *O Normal e o Patológico*. Forense, Rio de Janeiro, 1982.

Chaplin, J.P. – *Dictionary of Psychology*. 2a ed. Laurel, New York, 1985.

DeGood, D.E. & Shutty, M.S. – Assessment of pain beliefs, coping, and Self-Efficacy, In: Turk, D.C. & Melzack, R. (eds.): *Handbook of Pain Assessment*. Guilford, New York, pp. 214-35, 1992.

Fordyce, W.E. – *Behavioral Methods for Chronic Pain and Illness*. Mosby, Saint Louis, pp. 4-25, 1976.

Helman, C.G. – *Cultura, Saúde e Doença*. 3a ed. Artes Médicas, Porto Alegre, pp.165-75, 1994.

Holland, J.G.; Skinner, B.F. – A análise do Comportamento. 6a ed. EPU, São Paulo, 1975.

Keefe, F.J.; Lefebvre, J.C. – Behaviour Therapy, In: Wall, P. &

Melzack, R. (eds.): *Textbook of Pain*. 3rd ed., Churchill Livingstone, Edinburgh, pp.1376-80, 1994.

Melzack, R.; Wall, P.D. – Pain Mechanisms: A New Theory. *Science*, *50:* 971-9, 1965.

Melzack, R.; Wall, P.D. – *The Challenge of Pain*. 2nd ed. London, Penguin Books, pp.15-33, 1991.

Merskey, H. & Bogduk, N. (eds.) – *Classification of Chronic Pain: Descriptions of Chronic Pain Syndromes and Definitions of Pain Terms*. 2nd ed. IASP Press, Seattle, 1994.

Pimenta, C.A.M. – *Aspectos Afetivos, Culturais e Terapêuticos Relacionados à Dor no Câncer*. São Paulo, 1995. 133p. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

Pimenta, C.A.M. – *Atitudes de Doentes com Dor Crônica Frente à Dor*. São Paulo, 1999, 103p. Tese (Livre-Docência) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

Sanders, S.H. – Operant Conditioning With Chronic Pain. Back to Basics, In: Gatchel R.J. & Turk, D.C.: *Psychological Approaches to Pain Management*: *A Practitioner's Handbook.* Guilford, New York, pp. 112-30, 1996.

Teixeira, M.J. – Dor, Fisiopatologia e Tratamento, In: Nitrini, R. *A Neurologia que Todo Médico Deve Saber.* Maltese, São Paulo, pp. 203-11, 1991.

Teixeira, M.J. – Fisiopatologia da Dor. *Rev Med 75:* 20-30, 1997.

Turk, D.C. – Biopsychosocial Perspective on Chronic Pain, In: Gatchel R.J. & Turk, D.C.: *Psychological Approaches to Pain Management: a Practitioner's Handbook*. Guilford, New York, pp. 3-32, 1996.

Turk, D.C.; Meichenbaum, D. – A Cognitive-behavioral Approach to Pain management, In: Wall, P. & Melzack, R. (eds.): *Textbook of pain*. 3rd ed. Churchill Livingstone, Edinburgh, pp.1337-48, 1994.

Turk, D.C.; Meichenbaum, D.; Genest, M. – *Pain and Behavioral Medicine: A Cognitive Behavioral Perspective*. Guilford, New York, 1983.

Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

1 Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Livre-Docente do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Endereço para correspondência:

Cibele Andrucioli de Mattos Pimenta
Escola de Enfermagem da USP. Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica.
Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419 – São Paulo, SP – CEP 05403-000
Fax: (0xx11) 3066-7546

E-mail: parpca@usp.br

.