

Dirce Maria Navas Perissinotti

**Estudo sobre a efetividade da técnica de
biofeedback em grupo de doentes com migrânea
crônica**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo para obtenção do título
de Doutor em Ciências

Área de concentração: Neurologia
Orientadora: Dra. Mara Cristina de Souza de Lucia

**São Paulo
2007**

Agradecimentos

Elaborar uma tese de doutorado não é uma tarefa individual, embora a responsabilidade final de sua composição e “estresse” seja predominantemente individual.

Várias pessoas contribuíram para que este trabalho chegasse a bom termo. Agradeço especialmente aos que segue, pois certamente o trabalho só pôde ser concluído por haver contado com a sua participação. Espero não cometer falta grave em não citar explicitamente alguém a quem ainda deva reconhecimento.

Aos doentes que participaram da pesquisa por me confiarem seu sofrimento.

Meu marido, Elko, por suas idéias (brilhantes!) e seu olhar sobre a vida e a quem dedico (e, agradeço imensamente) muito do meu compromisso.

Meu filho, Iago, a quem espero poder mostrar alguns possíveis caminhos. Haverá outros. Certamente, construirá o seu.

Meus pais, André e Dirce, irmãos, Silvia, André e Luís, sobrinhas Rhaisa e Luma, e cunhada, Elenice, por sua dedicação carinhosa e com os quais divido meu crescimento.

À orientadora (função maiêutica), Dra. Mara C. de Souza de Lucia, pela dedicação, apoio e incentivo para o desenvolvimento científico, pois suas reuniões de orientação foram para muito além da fronteira científica. Apontaram para a ciência do humano. Sem a qual, creio, não haveria condições de ter aberto espaço para o tema no ambiente acadêmico.

Ao Prof. Dr. Milberto Scaff, pela oportunidade da realização da pesquisa e atenção dedicada.

Ao Prof. Dr. Manoel Jacobsen Teixeira, pelo incentivo no ingresso ao universo científico. Seus árduos ensinamentos desde o Mestrado foram efetivos.

Aos Drs. Getúlio Daré Rabello (obrigada, por ser favorável à realização da pesquisa), Ida Fortini (obrigada, por seus orientadores capítulos. Ajudaram-me maravilhosamente!), Antonio César Galvão (obrigada, pela amizade) e demais colegas da Liga de Cefaléias e Algias Crânio-faciais da Clínica Neurológica do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, pelas valiosas contribuições (cotidianas e teóricas) para a realização da pesquisa.

À Banca de Qualificação, Prof. Dr. Rubens Reimão, Prof. Dr. Manoel Jacobsen Teixeira e Dr. Getúlio Daré, por suas sugestões preciosas. Permitiram valorizar o encaminhamento do trabalho.

À Dra. Beatriz Lèfévre, minha Mestre, desde meus tempos de estudante a admiro. Vinha assistir suas aulas, sem saber que um dia, mais tarde, poderia estar tão perto de seus ensinamentos. Seus questionamentos categóricos sobre a Psicanálise. Permitiu-me testemunhar Luria psicanalista(!). E, tê-la assistindo algumas de minhas aulas. Obrigada pela coragem.

Ao Dr. Yussako Soussumi, por suas reflexões criativas e revolucionárias, sobre Psicanálise e Neurociências, ajudaram-me a concretizar, compreender e realizar através de melhor análise crítica, a circunscrição do psiquismo em sua dimensão apropriada. À oportunidade da convivência mais próxima através do CEINP e RUKHA, pois me acrescentou muito entusiasmo para continuar em minhas solitárias e ousadas elucubrações. O agradecimento é extensivo a todos os demais colegas, mais particularmente à Sônia A. P. Soussumi, Eliana Nogueira do Vale, Adriano R. Lima, além dos colegas do Grupo Corpo-Mente da Sociedade Brasileira de Psicanálise.

Ao Prof. Dr. Irimar de Paula Posso e colegas da Equipe de Controle da Dor da Disciplina de Anestesiologia, obrigada pelo respeito. Raridade. Tive o privilégio de encontrá-los.

Aos colegas, médicos e demais profissionais da Clínica Neurológica do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, pelas valiosas contribuições para o aperfeiçoamento profissional e acadêmico.

Aos colegas da Divisão de Psicologia do Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, especialmente a alguns psicólogos, aprimorandos e estagiários que colaboraram para o fomento de idéias com questões e dúvidas desafiadoras. Agradeço em particular aos colegas da secretaria da DIP, Maria, Terezinha, Douglas, Márcia, Marcinha, Helena e Ruth. Obrigada pela dedicação.

Aos Profs. Drs. Gilberto Fernando Xavier, Luis Ribeiro do Valle e Ronald Dennis Paul Kenneth Clive Ranvaud, ICB - USP, pelo ensino de temas tão importantes e disponibilidade para o diálogo científico.

Ao Prof. Dr. Luís Biella, obrigada por ouvir minhas dúvidas sobre “antagonistas e agonistas”. Sua paciente maestria foi fenomenal.

À Creusa Dalbon, pela orientação e ensino de técnicas estatísticas.

À tantos outros... colegas, parceiros, chefes, professores, alunos, companheiros, estagiários, conhecidos e amigos que encontrei... Todos deixaram suas marcas indeléveis.

Sumário

1 – Introdução.....	1
1.1 – Considerações Gerais sobre Migrânea.....	6
2 - Influência de fatores psicológicos na precipitação e desenvolvimento da migrânea e tratamento psicológico.....	12
3 - Sobre o método do <i>biofeedback</i> e técnica de tratamento da migrânea.....	25
4 – Método	48
4.1 – Objetivos.....	48
4.2 – População e Instrumentos	49
4.2.1 – População	49
4.2.2 – Instrumento	51
4.3 – Procedimento	61
4.3.1 - Tratamento estatístico	64
5 – Resultados	69
6 – Discussão	101
7 – Conclusões	133
8 – Referências Bibliográficas	136
Anexos	

Lista de gráficos, quadros e tabelas

Os gráficos, quadros e tabelas seguidos da letra “a” encontram-se nos anexos, os demais no corpo do trabalho.

Figura 1 – Sensor de temperatura.

Gráfico 1 – Comportamento dos grupos experimental e comparativo no pré e pós tratamento relativos à escala intensidade de dor, segundo critérios do MPI.

Gráfico 1a – Comportamento dos setores do MPI em doentes que referiram a qualidade da queixa inicial na esfera social.

Gráfico 2 – Comportamento das medianas das escalas do MPI do grupo experimental no pré e pós tratamento.

Gráfico 2a – Comportamento dos setores do MPI em doentes que referiram a qualidade da queixa inicial problemas na dinâmica familiar.

Gráfico 3 – Comportamento das escalas do MPI em doentes diagnosticados pelo PRIME-MD sem anormalidades mentais no pré e pós tratamento.

Gráfico 4 – Comportamento dos setores do MPI em doentes diagnosticados pelo PRIME-MD sem transtornos mentais no pré e pós-tratamento.

Gráfico 5 – Comportamento nas escalas do MPI dos doentes diagnosticados pelo PRIME-MD com transtornos de ansiedade no pré e pós-tratamento.

Gráfico 6 - Comportamento dos setores do MPI em doentes diagnosticados pelo PRIME-MD com transtorno de ansiedade no pré e pós-tratamento.

Gráfico 7 – Comportamento das escalas do MPI em doentes diagnosticados pelo PRIME-MD com transtornos depressivos no pré e o pós tratamento

Gráfico 8 - Comportamento dos setores do MPI em doentes diagnosticados pelo PRIME-MD com transtorno depressivo no pré e pós-tratamento.

Gráfico 9 – Comportamento da amostra experimental em relação à atribuição de qualidade de saúde através do Qp do PRIME-MD e ao desfecho do tratamento.

Gráfico 10 – Comportamento da amostra experimental em relação à qualidade da queixa inicial e o desfecho.

Gráfico 11 - Comportamento das escalas do MPI em doentes que referiram aspectos físicos, exclusivamente quanto à qualidade da queixa inicial.

Gráfico 12 – Comportamento dos setores do MPI em doentes que referiram aspectos físicos, exclusivamente quanto à qualidade da queixa inicial.

Gráfico 13 - Comportamento das escalas do MPI de doentes que referiram aspectos físicos, exclusivamente e desfecho atribuído como melhora da condição psicológica.

Gráfico 14 - Comportamento das escalas do MPI em doentes que referiram qualidade da queixa inicial aspectos físicos e afetivo-emocionais, conjuntamente.

Gráfico 15 – Comportamento dos setores do MPI em doentes que referiram qualidade da queixa inicial, aspectos físicos e afetivo-emocionais, conjuntamente.

Gráfico 16 – Comportamento dos setores do MPI em doentes que referiram qualidade da queixa inicial com aspectos afetivos-emocionais, exclusivamente.

Gráfico 17 – Comportamento das escalas do MPI em doentes do sexo feminino em relação ao desfecho.

Gráfico 18 – Comportamento dos setores do MPI em doentes do sexo feminino.

Gráfico 19 - Comportamento das escalas do MPI em doentes do sexo masculino em relação ao desfecho.

Gráfico 20 - Comportamento dos setores do MPI em doentes do sexo masculino em relação ao desfecho.

Gráfico 21 – Comportamento dos sexos feminino e masculino em relação ao desfecho do tratamento.

Gráfico 22 – Comportamento das escalas do MPI para os doentes classificados como DYS.

Gráfico 23 – Comportamento dos setores do MPI para os doentes classificados como DYS.

Gráfico 24 – Comportamento das escalas do MPI para os doentes classificados como ID.

Gráfico 25 – Comportamento dos setores do MPI para os doentes classificados como ID.

Gráfico 26 – Comportamento das escalas do MPI para os doentes classificados como AD.

Gráfico 27 – Comportamento dos setores do MPI para os doentes classificados como AD.

Quadro 1 – Agrupamento das questões do MPI por escalas.

Quadro 2 – Distribuição das escalas do MPI quanto aos prognósticos, segundo Ravani (2005).

Tabela 1 - Comportamento em frequência simples e porcentagem em relação ao desfecho e atribuição de qualidade de saúde através do Qp do PRIME-MD

Tabela 1a. Distribuição dos doentes quanto a amostra total experimental e comparativa em relação às variáveis estatísticas (média, mediana, variância e desvio padrão) em porcentagem (%) e números absolutos (n) em relação aos gêneros, às idades, estado civil, classificação socioeconômica (ABIPEME), religião, escolaridade e ocupação.

Tabela 2 - Comportamento em frequência simples e porcentagem entre desfecho e queixa inicial

Tabela 2a - Distribuição dos doentes (em porcentagem e em n) quanto a amostra total, experimental e comparativa em relação ao PRIME-MD, achados do protocolo psicológico e qualidade de saúde.

Tabela 3 – Comportamento em frequência simples e porcentagem em relação ao desfecho e gênero.

Tabela 3a - Distribuição dos diagnósticos de migrânea no período entre 07/02/2000 e 05/08/2002 na ALC da FMUSP.

Tabela 3b – Excertos dos relatos das sessões semi-dirigidas dos quesitos queixa, sintoma doloroso com sentido simbólico e sem sentido simbólico, anamnese e desfecho do tratamento.

Tabela 4a - Distribuição dos doentes em relação ao teste estatístico T de Student, análise pré e pós tratamentos para as amostras experimental e comparativa, segundo critérios do MPI.

Tabela 4b - Distribuição dos doentes quanto à amostra total experimental e comparativa em relação às variáveis estatísticas (média, mediana, variância e desvio padrão) em porcentagem (%) e números absolutos (n) em relação aos gêneros, às idades, estado civil, classificação socioeconômica (ABIPEME), religião, escolaridade e ocupação.

Tabela 5a – Qui-quadrado (<0,05).

Tabela 5b - Distribuição dos doentes (em porcentagem e em n) quanto à amostra total, experimental e comparativa em relação ao PRIME-MD, achados do protocolo psicológico e qualidade de saúde.

Tabela 6a - avaliação pré e pós tratamentos para setores do MPI através do teste estatístico de ANOVA (Análise de Variância com medidas repetidas - modelo linear multivariado) para grupo experimental e comparativo.

Tabela 6b – Excertos dos relatos das sessões semi-dirigidas dos quesitos queixa, sintoma doloroso com sentido simbólico e sem sentido simbólico, anamnese e desfecho do tratamento.

Tabela 7a – Análise de variância (ANOVA) para os grupos experimental e comparativo.

Tabela 7b - Distribuição dos doentes em relação ao teste estatístico t de Student, análise antes e depois dos tratamentos para as amostras experimental e comparativa, segundo critérios do MPI.

Tabela 8a – Qui-quadrado maior que 0,10

Tabela 9a – Teste de Correlação de Pearson para o grupo experimental e comparativo pré e pós tratamento.

Tabela 10a - Teste de Wilcoxon para pré e pós Tratamento para o grupo experimental e comparativo

Tabela 11a - Estudos dos grupos nos momentos de avaliação pré e pós tratamentos para Interferência na vida através do teste estatístico de ANOVA (Análise de Variância com medidas repetidas - modelo linear multivariado)

Tabela 12a - avaliação pré e pós tratamentos para Sentimento de Apoio através do teste estatístico de ANOVA (Análise de Variância com medidas repetidas - modelo linear multivariado)

Tabela 13a - avaliação pré e pós tratamentos para Intensidade da Dor através do teste estatístico de ANOVA (Análise de Variância com medidas repetidas - modelo linear multivariado)

Tabela 14a - avaliação pré e pós tratamentos para Controle da Vida através do teste estatístico de ANOVA (Análise de Variância com medidas repetidas - modelo linear multivariado)

Tabela 15a - avaliação pré e pós tratamentos para Sofrimento Afetivo através do teste estatístico de ANOVA (Análise de Variância com medidas repetidas - modelo linear multivariado)

Tabela 16a - avaliação pré e pós tratamentos para Respostas Negativas através do teste estatístico de ANOVA (Análise de Variância com medidas repetidas - modelo linear multivariado)

Tabela 17a - avaliação pré e pós tratamentos para Respostas Solícitas através do teste estatístico de ANOVA (Análise de Variância com medidas repetidas - modelo linear multivariado).

Tabela 18a - avaliação pré e pós tratamentos para Respostas Distrativas através do teste estatístico de ANOVA (Análise de Variância com medidas repetidas - modelo linear multivariado)

Tabela 19a - avaliação pré e pós tratamentos para Tarefas Domésticas através do teste estatístico de ANOVA (Análise de Variância com medidas repetidas - modelo linear multivariado).

Tabela 20a - avaliação pré e pós tratamentos para Tarefas Externas através do teste estatístico de ANOVA (Análise de Variância com medidas repetidas - modelo linear multivariado)

Tabela 21a - avaliação pré e pós tratamentos para Atividades Distrativas através do teste estatístico de ANOVA (Análise de Variância com medidas repetidas - modelo linear multivariado)

Tabela 22a - Avaliação pré e pós tratamentos para Atividades Sociais através do teste estatístico de ANOVA (Análise de Variância com medidas repetidas - modelo linear multivariado)

Tabela 23a - avaliação pré e pós tratamentos para Atividade Geral através do teste estatístico de ANOVA (Análise de Variância com medidas repetidas - modelo linear multivariado)

Resumo

Perissinotti DMN Estudo sobre a efetividade da técnica de *biofeedback* em grupo de doentes com migrânea crônica. São Paulo, 2007. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

O *biofeedback* (BFD) é uma estratégia terapêutica em que ocorre aprendizagem por associação de sensações com o propósito de controlá-las levando a melhor enfrentamento fornecendo novas respostas e permitindo novos padrões, mesmo que se mantenha a ativação dos estímulos originais disfuncionais. Em migranosos ocorreria inibição da expressão da angústia relacionada ao nível fisiológico, devido a persistência de estados induzidos de estresse. Pesquisas de enfrentamento da migrânea incluem tratamento por condicionamento operante, *biofeedback* e outras técnicas como tratamento psicodinâmico. Tais tratamentos apontam para a redução do reforçamento do comportamento doloroso e melhora de comportamentos adaptativos para o enfrentamento das dificuldades.

Objetivo geral: verificar a efetividade da técnica do *biofeedback* térmico como tratamento auxiliar em migranosos, através do *Multidimensional Pain Inventory* (MPI), antes e depois da intervenção.

População: 60 doentes (masculino e feminino); idade variando entre 20 e 60 anos, com duração dos sintomas superior à 6 meses; em condições de locomoção e retorno às consultas e aceite do termo de Consentimento Pós-Informado CAPPesq.

Instrumentos e Procedimento: Entrevista psicológica semi-dirigida para doentes com dor, através de protocolo próprio (Perissinotti, 2001); PRIME-MD + Qp; ABIPEME; *Multidimensional Pain Inventory* – MPI; ProComp + BioGraph 2.1. Duas amostras randomizadas foram separadas: grupo experimental (30 doentes) e grupo comparativo (30 doentes). O procedimento foi composto por triagem e direcionamento para grupo experimental, treinamento por BFD, 10 sessões que objetivaram o treino de dimensão de sensibilização discriminativa; e para o grupo comparativo adotado tratamento médico preventivo com medicação profilática padrão, para crise de migrânea.

Resultados: O BFD alterou o comportamento da amostra experimental estudada, ocorrendo melhora geral da adaptabilidade, quando dos cálculos pela análise paramétrica. Quando da análise pelo teste qui-quadrado para variáveis qualitativas, houve resultados significantes para a amostra experimental, quanto aos sinais e sintomas psicopatológicos, qualidade das queixas e qualidade da saúde auto-referida. Houve diminuição da escala de intensidade de dor com BFD de 5,0 (83,3%) no pré-tratamento, e para 3,15 (52,5%) no pós-tratamento. Mostraram-se sem anormalidades mentais 20 doentes (60%) da amostra experimental. Transtornos de ansiedade foram encontrados em 11 doentes (36,6%) e transtorno depressivo em 9 doentes (33,3%). Para 18 (60%) doentes da amostra experimental o BFD melhorou as condições psicológicas, e para 14 (46,6%) doentes a melhora estaria relacionada exclusivamente ao relacionamento interpessoal, conjugal, afetivo e psicocomportamental. Para 4 (13,3%) deles primariamente

reconheceram melhora no enfrentamento das condições psicofisiológicas, além dos aspectos psicológicos associados.

Conclusões: O BFD alterou o comportamento da amostra experimental, fornecendo maior adaptabilidade geral, quando da análise paramétrica. Foi possível a ruptura do círculo vicioso entre percepção, tensão, estresse e dor, também pelo relacionamento estabelecido entre psicólogo e paciente. O psicólogo, portanto operador do método que calculou aspectos psicopatológicos, psicodinâmicos, além de servir como aquele que certifica as percepções do paciente consigo mesmo e suas expressões psicofisiológicas, é o operador funcional como um todo. Futuras pesquisas devem se desenvolver para esclarecer a compreensão entre os mecanismos psicofisiológicos que induzem a diferentes interpretações em distintos sintomas e as subseqüentes respostas psicofisiológicas quanto aos aspectos psicológicos dos migranosos.

Abstract

Perissinotti DMN - Study about the *biofeedback* technique effectiveness in group with chronic migrainers. São Paulo, 2007. Thesis (Doctorate) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

Biofeedback (BFD) is a therapeutic strategy in which occurs the learning by the sensations association, with the purpose of controlling them leading to a behavior of better coping because provides new responses permitting new patterns, even with a new activation of dysfunctional original stimuli. In migrainers there would be the inhibition of anger expression related to the physiological level due to persistence of stressor-induced activation states. The migraine management research includes operant behavior treatment, *biofeedback* and other techniques as psychodynamic treatments. These treatments point out to reduce the reinforcement for pain behaviors and to improve adaptative behaviors to coping difficulties.

General Objective: Verify the thermal *biofeedback* technique effectiveness as an auxiliary treatment in migraine patients by *Multidimensional Pain Inventory* (MPI), before and after intervention.

Population: 60 patients (female and male): variance age between 20 and 60 years old, symptoms duration superior to 6 months, in condition to locomotion, to return to consultation and acceptance of the Post-Informed Consenting Term CAPPesq.

Instruments and Procedure: Semi-directed structured psychological interviews for pain patients by Owner Protocol (Perissinotti, 2001); PRIME-

MD + PQ; ABIPEME; *Multidimensional Pain Inventory* – MPI; ProComp + BioGraph 2.1. Two random samples were separated: experimental group (30 patients) and comparative group (30 patients). The procedure was composed by triage and directionless: for experimental group, the BFD training, 10 sessions for sensitive-discriminative dimension training; for comparative group, the preventive medical treatment with standard prophylactic medication for migraine crisis.

Results: The BFD has interfered in the behavior of the experimental sample studied, occurring a general better in adaptability, when calculated the parametric analysis. When the analysis by qui-square test for qualitative variables, there were significant results to the experimental sample, as to psychopathological signs and symptoms, quality of complains and quality of auto-referred health. The pain severity scale has decreased with BFD into 5.0 (83.3%) in the pre-treatment and into 3.15 (52.5%) in the post-treatment. No mental abnormalities were seen in 20 patients (60%) of the experimental sample. Anxiety disorders were found in 11 patients (36.6%) and depressions disorders in 9 patients (33.3%). For 18 (60%) patients of the experimental sample, the BFD improved the psychological conditions, and for 14 (46.6%) patients we could relate improving exclusively in interpersonal, conjugal, affective and behavior relationship. For 4 (13.3%) of them, primarily was recognized improvement in the psychophysiological conditions, further to the psychological aspects associated.

Conclusions: The BFD has interfered in the behavior of the experimental sample, providing bigger general adaptability on the occasion of

the parametric analysis. It was possible the break of the vicious circle among perception, tension, stress and pain, also by the relationship established between psychologist and patient. The psychologist, the method operator which has calculated the psychopathologic, psychodynamic aspects, besides of being the one who certifies the patient perceptions with himself and his psychophysiological expressions, is the functional operator of the whole.

Future researches must be developed to clarify the comprehension between the psychophysiological mechanisms inducing different kinds of interpretation in distinct symptoms, and the subsequent psychophysiological responses as to psychological aspects in migrainers.

1 - Introdução

As cefaléias são queixas comuns nos serviços de assistência à saúde apresentando-se muito freqüentemente na prática clínica neurológica e médica geral ambulatorial e em serviços de emergência, representando, estatisticamente, a segunda queixa dolorosa. É geralmente considerada manifestação de condição benigna e habitual na maioria dos indivíduos. Rasmussen (1994) observou que a prevalência de migrânea ao longo da vida foi de 15% e de cefaléia tipo tensão episódica de 69%. Admite que 40% dos indivíduos refere ter, pelo menos uma vez ao ano, cefaléia incapacitante e afirma que “ocorre, ocorreu e ocorrerá cefaléia em mais de 90% da população norte-americana”. Prossegue o autor afirmando que é a patologia mais freqüente na primeira visita à consulta ambulatorial de neurologia (22 a 33%).

Houve aumento de até 60% na prevalência atual das cefaléias em comparação com o encontrado há 10 anos (Dworkin e Burgess, 1990; Akpek *et al.*, 1995; Crombie *et al.*, 1999).

Estimativas sobre perdas econômicas, absenteísmo e baixa produtividade indicam que, em decorrência das cefaléias e suas repercussões, consumiram-se 6,5 a 7,2 bilhões de dólares por ano nos Estados Unidos da América (EUA) (Edmeads *et al.*, 1993; Bigal, 2001).

A cefaléia é uma das principais causas de procura ambulatorial, sendo responsável por cerca de 2% de todas as consultas médicas nos EUA e foi responsável por 10,3% de atendimentos de doentes triados em ambiente de pronto-atendimento em nosso meio (Benseñor *et al.*, 1997).

O impacto das cefaléias no rendimento laborativo é assunto cada vez mais discutido nos últimos anos. Porém, muito pouco foi analisado sobre o impacto que as cefaléias teriam na qualidade de vida tal como demonstram trabalhos no país (Bigal, 2000a) que de 1890 doentes avaliados 48,5% era do gênero masculino e 51,5% do feminino, e corresponderam a critérios da *International Headache Society* (IHS) para o diagnóstico de cefaléia, 664 doentes e o autor conclui que 87% dos entrevistados referiu redução do rendimento laborativo quando havia cefaléia, pois possivelmente, além de os doentes estarem expostos ao estresse inerente ao trabalho que exercem, sofram os reveses de um cotidiano particularmente extenuante, que reúne baixos salários, sobrecarga de trabalho secundária ao acúmulo de empregos, haveria algumas condições mais predisponentes nestes indivíduos.

A perda de horas de serviço devido à cefaléia, considerando-se tanto a queda do rendimento como a perda ocasionada pelo absenteísmo, foi de 6,2 horas/doente/mês, ou de 70 horas/ano, referida pelo estudo citado acima. A média da queda foi de 51% nos que julgaram que a cefaléia piorava seu rendimento. Numa aproximação pouco precisa, fundamentado no número de doentes analisados, o autor citado acredita que os acometidos por cefaléia, levam a instituição a perder o equivalente a cerca de 91.000 horas de trabalho

em um ano; cada doente custou à instituição, em média, R\$ 5,12 com medicação por mês o que representou cerca de R\$ 82.500.

Rabello (2000), utilizando-se dos critérios da IHS, afirma que 53,1% das pessoas apresentam cefaléia migranosa ao longo da vida e, 13,8%, transtornos migranosos; justifica a elevada prevalência a fatores populacionais, como predomínio do gênero feminino (89,4%) quando as causas poderiam se associar-se à questões hormonais, faixa etária (32,6 anos) e atividade profissional.

Segundo Ghatan e Goodkin (2001), nos serviços de assistência médica primária, significativos problemas psicológicos destacam-se em cerca de 30% dos doentes com queixas de cefaléia e, em especial, os migranosos.

O presente estudo foi idealizado com o intuito de contribuir para que haja ampliação do uso de métodos não farmacológicos no país auxiliando o manejo da dor, através de modelo científico, disponibilizando-se a oportunidade de elaboração de critérios próprios mais adequados á população brasileira, consideradas suas características.

Houve, contudo, interesse particular no desenvolvimento da presente pesquisa, uma vez que a autora, psicóloga, dedica-se ao trabalho hospitalar com doentes de diferentes condições médicas, desde 1978, no antigo Hospital Mattarazzo, em São Paulo. Naquele momento, o campo de intervenção que iniciava esboçava-se como uma possibilidade, a Psicologia Hospitalar e com tempo veio a confirmar-se como real caminho para o cuidado de indivíduos que sofrem fisicamente a dor de viver, tornando-se especialidade profissional. A

busca pelo refinamento do conhecimento foi perseguido no encalço de abordagens verbais que se mostraram distantes do propósito objetivado, a integração somatopsicológica. Especializações em diferentes linhas teóricas foram concluídas na área da psicologia clínica (Fenomenológica-Existencial, Psicanálise, Gestalt, Hipnose, Neuropsicologia e Bio/Neurofeedback), entre outras com objetivos mais didáticos. Todavia algo restava por cumprir-se. A presente pesquisa derivou-se de anos de estudos e aplicação prática dos diferentes métodos aprendidos e veio ensejar, pelo menos em parte, a tentativa de articular diferentes dimensões da vida psíquica que só teoricamente poderiam ser analisados separadamente. A proposta de analisar aspectos psicológicos e fisiológicos como o método que o *biofeedback* proporciona, enquanto processo somatopsicológico, culminou da procura incessante busca, quiçá inquietação produtiva, por proporcionar aos doentes alternativa mais apropriada às suas dores.

Com o objetivo de elucidar critérios de análise para a utilização da intervenção pelo meio do *biofeedback*, o estudo foi delineado para que através da sistemática aplicada venha a ser útil a outros estudiosos no avanço de técnicas não farmacológicas.

Oferece-se, assim, através dos capítulos "Introdução" e "Considerações Gerais sobre Migrânea", visão geral sobre aspectos básicos voltados ao leitor não especialista na área em que não teve o propósito em esgotar o tema, mas para servir ao leitor guia preliminar para aprofundamentos posteriores, acrescidos do temas gerais sobre fisiopatologia, incidência populacional, considerações

sobre incapacidade e custos derivados com as cefaléias e, em particular, com a migrânea.

No capítulo “Influência de fatores psicológicos na precipitação e desenvolvimento da migrânea e tratamento psicológico” encontra-se ampla discussão sobre o tema que na literatura pouco destaque vem sendo dedicado, apesar de sua importância clínica no manejo da migrânea.

O tópico “Sobre o método do *biofeedback* e técnica de tratamento da migrânea” destinou-se a contextualizar o método quanto ao seu desenvolvimento e especificidade de aplicação.

No capítulo reservado à descrição do “Método” insere-se a explicitação dos “Objetivos”, descrição da população estudada e dos instrumentos utilizados sendo, então, exposto o procedimento utilizado.

A seguir em capítulo enumerado como 4 serão apresentados os resultados seguidos da discussão e as conclusões.

E, ao final, as referências bibliográficas.

1.1 – Considerações gerais sobre migrânea

O estudo da etiopatogenia e neurofisiologia da migrânea vem interessando há muito autores e diferentes modos de pensar são postulados. Algumas proposições foram ao longo do tempo se confirmando mais tarde, com o advento da propedêutica armada e estudos calcados nos meios tecnológicos e outros refutados.

Após um século de estudos neurofisiológicos muito se sabe acerca das manifestações e processo de desencadeamento das crises de migrânea e sua cronificação.

Atualmente se aceita que as cefaléias são subdivididas em dois grandes grupos, as cefaléias primárias e as cefaléias secundárias. O primeiro reúne todas as cefaléias não associadas a lesões estruturais e o segundo grupo é aquele onde a dor é sintoma de condição mórbida ou de lesão estrutural.

Dentre as diferentes teorias etiopatogênicas elaboradas para explicar as crises de migrânea as mais consistentes são a teoria vascular de Graham e Wolff de 1938 e a de Olesen e colaboradores de 1981. A primeira justifica a ocorrência de crises secundárias à vasoconstrição intracraniana induzindo a possível isquemia focal com conseqüente vasodilatação que provocaria a dor. A segunda proclama que haveria hipoperfusão cortical que lentamente se

alastraria para todo encéfalo e, portanto, incompatível com espasmos de artérias maiores.

Vincent (1997) propõe explicação por ele nomeada como integrada para a ocorrência da crise de migrânea, em que ocorreria alteração genética em canal de cálcio cerebral, específico provocando estado de hiperexcitabilidade do sistema Nervoso Central com maior susceptibilidade a estímulos externos e internos e ao aparecimento de depressão alastrante de leão (DA). Áreas da porção média do tronco encefálico específicas, tornam-se especialmente excitáveis, funcionando como cerne da migrânea. A excitação do núcleo do trato solitário eliciaria náuseas e vômitos. Como conseqüência ao surgimento do fenômeno de depressão alastrante, no córtex encefálico, ocorreria ativação do sistema trigeminovascular, tanto nos vasos periféricos como do núcleo trigeminal, no tronco encefálico. Se ocorrer a DA subclínica, a migrânea seria sem aura o que dependeria da(s) área(s) cortical(ais) atingida(s) para estabelecer seu tipo. Com a conseqüente ativação do sistema trigeminovascular e liberação de substâncias neurotransmissoras, vasodilatadoras, como o peptídeo relacionado ao gene da calcitonina (CGRP) e substância P, que interagindo com outras substâncias locais liberadas pelo próprio vaso e por fibras nervosas simpáticas e parassimpáticas. Antidromicamente ocorreria excitação do sistema trigeminal pelas redes perivasculares, difundindo o processo de inflamação neurogênica. Por outro lado, a sensação de dor ocorreria quando, ortodromicamente, o tálamo seria atingido por estímulos trigeminais e conduzido ao córtex encefálico.

Crises de migrânea, portanto, se caracterizariam por complexos sintomas em que na dor se incluiria, segundo o autor, a migrânea que seria estado de susceptibilidade, já que na verdade, simples fatores desencadeantes não deveriam ser considerados como etiologia da migrânea, e sim predisposição individual para o desencadeamento da crise.

Maiores esclarecimentos sobre aspectos fisiopatológicos e etiopatogênicos, suas concepções, acréscimos ao longo do tempo e entendimento atual podem ser encontrados, entre alguns autores, Bessou e Perl (1969), Beitel e Dubner (1976), Olesen (1980), Markowitz et al., (1988), Moskowitz (1990), Appenzeller (1991), Simone et al. (1991), Silberstein e Lipton, (1994), Strassman et al., (1994), Buzzi et al. (1995), Campbell e Caselli (1996), Magerl et al., (1998), Silberstein et al., (1998), Burstein et al., (2000), Goder et al., (2001), Ambrosini e Schoenen (2001), Cordioli, (2001), Giffin e Kaube (2002), Edvinsson (2006), Trautmann et al. (2006) e Tfelt-Hansen (2006).

Em Fortini (2001a) e Fortini (2001b) encontra-se texto bastante didático, elucidativo e útil sobre o tema.

A terapêutica farmacológica utilizada para o tratamento clínico da migrânea pode ser administrada com fins preventivos ou abortivo de crise. No geral, a medicação deve ser eleita segundo critérios fornecidos por boa avaliação clínica e neurológica em que se determinará se as drogas devem ser específicas (derivados de ergot, agonistas dos receptores 5-HT_{1b/1d}), ou não específicas (analgésicos não opiáceos, mucato de isometepteno, antieméticos,

analgésicos opiáceos, neurolépticos, esteróides). (Silberstein, Rothrock 2002; Saxena, Tfelt-Hanssen, 2000).

Ao lado dos procedimentos citados acima, farmacoterápicos, se encontram os tratamentos não-farmacológicos que como medida complementar vem se destacando há algum tempo por sua capacidade de considerar a doença migranosa como condição de análise biopsicosocial.

Intervenções não farmacológicas assim como técnicas de relaxamento, terapia cognitiva, *biofeedback*, medidas físicas objetivam reduzir as respostas físicas e comportamentais devem conjugar-se a outros tratamentos influenciando os padrões da dor e ativação simpática.

E, finalmente, o entendimento dos doentes críticos, de difícil manejo e adesão aos tratamentos, pois se pretende reduzir o impacto das condições dolorosas, melhorar o desempenho nas atividades de vida diária, alívio dos sintomas físicos e reavaliar frequentemente o plano de tratamento, isto é, seu domínio e duração em cada campo vivencial da vida do doente.

Em Consenso da Sociedade Brasileira de Cefaléia através do Comitê AD Hoc da Sociedade Brasileira de Cefaléia (Brazilian Headache Society - Filiada à International Headache Society), publicação de 2002, intitulada “Recomendações para o Tratamento Profilático da Migrânea”, preconiza-se o uso das seguintes modalidades de terapêutica adjuvante:

Biofeedback e técnicas de relaxamento

Terapia cognitiva comportamental

Dieta

Acupuntura

Psicoterapia

Fisioterapia

Silberstein (2000) recomenda que o *biofeedback* deva ser considerado como opção de tratamento para prevenção da migrânea qualificando-o como grau A de eficácia, ou seja, um dos que evidencia melhor eficácia por haver múltiplas pesquisas clínicas randomizadas bem desenhadas, com resultados relevantes que sustentam a recomendação.

Sugere o autor que haveria opções de tratamento não farmacológico para cefalálgicos que seguem uma ou mais das características abaixo quando:

- A. Paciente prefere intervenções não farmacológicas;
- B. Pouca tolerância a tratamentos farmacológicos;
- C. Contra-indicação médica específica á tratamentos farmacológicos;
- D. Insuficiente ou nenhuma resposta a tratamento farmacológico;
- E. Gravidez, gravidez planejada, ou convalescença;
- F. Historia de prolongado, freqüente, ou excessivo uso de fármacos analgésicos ou medicação aguda que agravam problemas de cefaléias (ou induzem diminuição da resposta a outros farmacoterápicos);
- G. Estresse significativo ou empobrecimento de estratégias e esquemas de enfrentamento.

Segundo a *U.S. Agency for Headache Research and Quality* (AHRQ) são aceitos quatro opções de tratamento não farmacológico para a prevenção de

migrâneas, também apoiando-se nos motivos apontados acima para sua utilização, conforme segue:

Treino de relaxamento;

Terapia cognitivo-comportamental (técnicas de manejo do estresse);

Biofeedback, térmico combinado com técnicas de relaxamento;

EMG *Biofeedback*

No momento observa-se maior divulgação da utilização de métodos não farmacológicos no tratamento da migrânea e outras cefaléias, porém a preocupação com o desenvolvimento de sistemática científica que confira a cada um dos métodos não farmacológicos nem sempre é considerada com clareza. Muito se divulga na mídia leiga, sobre novas e “maravilhosas” armas terapêuticas oferecidas aos doentes, porém, poucos trabalhos sistematizados são desenvolvidos para averiguar sua efetividade.

2 - Influência de fatores psicológicos na precipitação e desenvolvimento da migrânea e tratamento psicológico

Os fatores precipitantes da migrânea são múltiplos e não necessariamente compartilhados por todos os doentes. Incluem-se situações tanto físicas como psicológicas.

Resulta difícil estabelecer fator único e comum de ação etiológica. Existiriam diferentes desencadeantes das crises de migrânea, como o consumo de certos alimentos (o queijo rico em tiramina; o chocolate, rico em feniletiamina; tomates, cebolas, laranjas e álcool). Outros desencadeantes seriam as mudanças de pressão atmosférica, exposição a luzes intensas, entre vários autores.

Segundo a *International Association for the Study of Pain* (IASP), dor é conceituada como "experiência sensitiva e emocional desagradável, que é associada ou descrita em termos de lesões teciduais" (Merskey *et al.*, 1997). A dor, portanto, combina a dimensão sensitivo-discriminativa que permite identificar no tempo e no espaço o estímulo doloroso e sua natureza, com a dimensão afetivo-motivacional que atribui à dor conotação aversiva desagradável e com a dimensão cognitivo-avaliativa que permite quantificar e atribuir contexto simbólico

individual aos estímulos nociceptivos. É, portanto, importante distinguir os conceitos de "dor" e de "nocicepção".

Na literatura médica são abundantes as versões descritivas e explicativas sobre as diversas etiologias orgânicas que justificariam as cefaléias.

A fisiopatologia é vastamente descrita e muitas descobertas atuais lançam luz sobre diversos processos físico-químicos envolvidos. Todavia, muito pouco tem sido dito a respeito da influência de fatores psíquicos nas cefaléias.

Observa-se já no início da correspondência entre Freud e Fliess, carta de interesse, senão histórico, pelo desenvolvimento do pensamento fisiopatológico, intitulada Manuscrito I “Hemigrania: pontos estabelecidos”, datada de 04 de março de 1895, o estudo foi postulado.

Freud desenvolveu estudos neurofisiológicos que incluíram os relacionados à migrânea e afirma que haveria para o desenvolvimento das crises “questão de somação” (pág. 3514), pois o tempo existente entre estímulo provocador e o desencadeador haveria certo obstáculo a ser superado; sem a existência do elemento eliciador ocorreria intervenção da acumulação de estímulo que inicialmente se encontraria em mínimas quantidades e que se magnificaria na incidência da crise; a susceptibilidade dos fatores etiológicos radicaria no nível que alcançaria o estímulo preexistente.

Segundo a opinião do autor mencionado, conforme segue e apesar de extensão citação, julga-se de interesse sua reprodução na íntegra:

“O caráter doloroso da migrânea só poderia induzir a pensar nas meninges dado que as afecções do parênquima cerebral são, sem dúvida alguma, indolores. Se de tal modo a migrânea se aproxima da neuralgia concorda com a somação, com as variações e susceptibilidade e com a produção de neuralgias por estímulos tóxicos. De tal modo, pois a neuralgia tóxica [seria] se protótipo fisiológico. As meninges constituem sua zona dolorosa e o trigêmeo sua via. Dado que os fenômenos neurálgicos só podem ser de ordem central, cabe aceitar como centro lógico da migrânea o núcleo do trigêmeo cujas fibras enervem a duramater. Como a migrânea é uma dor de localização similar á de neuralgia supra-orbitária dita núcleo dural deve achar-se na densidade do núcleo do primeiro ramo dado que os distintos ramos e núcleos do trigêmeo se influem mutuamente, também todas as restantes afecções do trigêmeo podem contribuir à etiologia [da migrânea] como fatores concorrentes, mas não triviais”.(pág. 3514)

Continua a explicar o autor que habitualmente a descarga da migrânea ocorre iniciando-se por tensão tóxica até que se cronifica, incluindo a inervação espasmódica da musculatura ao redor do sistema vascular que se constitui

território reflexo da região dural. Podendo-se atribuir transtorno funcional geral e local, não se diferenciando sintomaticamente do transtorno análogo produzido por vasoconstrição “semelhança da migrânea com acessos de trombozes. Uma parte da inibição obedece à dor por si mesma”. (pág. 3515)

Constitui-se o estresse como o elemento provocador de crises reconhecido, além da literatura, por grande número de doentes. Não se trata aqui de que o migranoso esteja submetido à situação vital distinta dos demais, senão que mostra pior tolerância às situações reconhecidas como estressantes (Merikangas *et al.*, 1988; Merikangas *et al.*, 1993; Merikangas *et al.*, 1994).

O estresse incrementa a presença de crises, não somente no momento que se produz, senão que manifesta também sua ação como fenômeno antecipado, fruto da própria ansiedade, do temor antecipatório em apresentar migrânea (Dufour, 1979; Bellissimo e Tunks, 1984; Dworkin e Burgess, 1990; Bowsher, 1996). Ocorre ao programar certas atividades ou à espera de determinados eventos, sejam de aspecto positivo ou negativo.

Haveria duas formas em que o excesso de resposta ao estresse poderia induzir migrânea: a primeira, por problema de tensão muscular mantida durante tempo continuado, que sensibilizando a musculatura cervical e da face produzindo dor e, a segunda, produzida por alterações bruscas na pressão sangüínea que afetam as artérias e vasos cerebrais (Dworkin e Burgess, 1990; Merikangas e Silberstein, 1994).

Keck *et al.* (1994) diz que embora a associação entre migrânea e transtornos psiquiátricos venha sendo reconhecida nos últimos 100 anos, tal associação tem sido investigada sistematicamente somente mais recentemente tanto na forma clínica, como experimental. Os mecanismos de morbidade associada entre migrânea e psicopatologia têm igualmente sido examinados em estudos de famílias, tratamentos farmacológicos e ainda são desafio.

Evidências clínicas e epidemiológicas sugerem que a migrânea co-ocorre com psicopatologia, incluindo transtornos específicos de ansiedade. Para examinar a exata associação, Stewart *et al.* (1994) analisaram dados de estudos populacionais baseados em mais de 10.000 respondentes, que foram utilizados para determinar se indivíduos com história de ataque de pânico apresentavam maiores riscos de ter cefaléia específica na semana que precedia a entrevista. Quatro tipos de cefaléia foram definidos. Deles somente a migrânea foi fortemente associada com o ataque de pânico.

Merikangas *et al.* (1994) investigaram através de estudo de seguimento longitudinal, a associação entre psicopatologia e cefaléia. As taxas de prevalência de psicopatologia por subtipo de cefaléia foram examinadas transversal e longitudinalmente. Transtornos psiquiátricos foram avaliados usando entrevista com clínicos experientes. A personalidade foi avaliada através do *Freiburg Personality Inventory* e *Symptom Checklist 90*. No geral, os migranosos tiveram mais transtornos afetivos e ansiosos e exibiram elevadas taxas de neurose e somatização quando comparados aos não migranosos. Quando examinados por subtipo de cefaléia os migranosos com aura exibiram

maiores taxas de psicopatologia e mais personalidade anormal que qualquer outro subtipo ou controles. Por outro lado, doentes com cefaléia tipo tensão não diferiram dos controles para sinais de psicopatologia, qualquer fator de personalidade e sintomas de distúrbio de personalidade.

Breslau e Andreski (1995) examinaram a relação entre migrânea e personalidade e os dados obtidos mostraram que houve associação entre esta e traços neuróticos, mas não com extraversão ou traços psicóticos, medidos através do Questionário de Personalidade de Eysenck. A associação foi significativa quando gênero e história de depressão maior e transtornos de ansiedade foram controlados. Excesso de 25% de pessoas somente com migrânea não complicada por morbidade associada de transtornos psiquiátricos pontuou quartil a mais para os traços neuróticos. Os resultados sugerem que migranosos são mais vulneráveis a psicopatologias e pobre ajustamento de sua condição médica.

Silberstein *et al.* (1995) propõem que haveria relação entre migrânea e psicopatologia e que, entretanto, as discussões ainda estariam aquém de se assegurar ponto consensual.

No século XX, os investigadores discutiram a rigidez obsessiva e postularam personalidade angustiada como característica de doentes migranosos. Mais recentemente demonstraram que haveria associação entre migrânea e depressão e migrânea e transtorno do pânico.

Kentle (1997) se propôs verificar elementos de fatores de neurose que estariam relacionados à sintomatologia da cefaléia. O estudo foi realizado através

da *Neuroticism Scale of Eysenck's Improved Short Questionnaire*. 500 estudantes universitários responderam 20 questões sobre cefaléia seguidas pela aplicação de *Neurotic Anxiety Scale of the Adjective Self-description* respondida por outros 400 estudantes. Tanto a sintomatologia tensional como para migrânea foram relatados como itens de tensão. Migranosos relacionaram-na aos ciclos de humor. No entanto, nenhuma das amostras a relacionou à depressão. A afinidade entre sintomatologia de cefaléia apareceu com desprezo, mas reduzindo diretamente a capacidade para o trabalho, entre os examinados.

Stang *et al.* (1998) avaliaram o impacto de longo prazo da participação na força de trabalho de cefalálgicos entre os doentes de assistência primária. Um estudo de seguimento por 2 anos comparou cefalálgicos com doentes com lombalgia. Participaram do estudo 662 cefalálgicos e 1024 com lombalgia. A porcentagem de sujeitos que executavam atividades domésticas (prendas domésticas) foi excluída do estudo. Entre todos os participantes a porcentagem dos incapazes para o trabalho em período integral foi avaliada. Num período de três anos 13% dos cefalálgicos e 18% dos com lombalgia foram incapazes para o trabalho em período integral em decorrência de sua condição de dor. Entre os que tinham condições de trabalho 12% de cefalálgicos e 12% dos com lombalgia ficaram desempregados por razões alheias à doença. 36% dos doentes com cefaléia dentre os que poderiam manter a sua atividade laborativa houve 36% de incapazes em decorrência de suas dores. Dentre os cefalálgicos, mulheres jovens (entre 18 e 24 anos), com menor nível educacional, pessoas com sintomas depressivos e migranosos foram os que mais reduziram sua força de

trabalho. Concluem os autores que doentes com cefaléia evidenciam desvantagem para a manutenção da ocupação e estabilidade no trabalho.

Gilbar *et al.* (1998) discutiram os resultados dos sintomas psicológicos relacionados à cefaléia e compararam os relatos de 26 jovens do gênero masculino aos médicos de família, com o de 65 jovens mulheres em clínica ao norte de Israel. Considerou-se interessante no estudo foi que as mulheres obtiveram índices elevados de sintomas psicológicos que os homens em seis escalas, sobretudo para somatização e depressão. Fato que permitiu aos autores recomendarem firmemente, além da prescrição medicamentosa padrão que houvesse maior oferta de tratamentos e intervenções no âmbito psicológico para a população feminina.

Radat (2000) diz que doentes com cefaléia procuram clínicas especializadas à parte de suas dores e sintomas físicos, comumente apresentando sintomas psicológicos de natureza ansioso-depressiva e, em alguns casos, com traços de personalidade patológica. Valeria então a pena, segundo o autor, rever o presente estado de conhecimento a respeito da morbidade associada dos transtornos psiquiátricos e migrânea. Os migranosos em particular têm sido investigados menos profundamente que doentes de outras categorias. Há o consenso que migranosos apresentam maiores risco de transtornos ansioso-depressivos que a população geral. A coexistência de ansiedade, depressão e abuso de analgésicos em cefalálgicos tem sido pouco explorada do ponto de vista epidemiológico, acrescenta o autor, o que se

agrava com o desconhecimento das interações e correlações para o prognóstico e das condições da cefaléia e transtornos psiquiátricos.

Saper e Lake (2002) avaliaram a personalidade de doentes com cefaléia, pelo fato de médicos e psicólogos que trabalham freqüentemente se depararem com doentes com personalidade *boderlines* (aquele que se caracteriza por estilo pessoal de vida mal adaptado, inflexível e prejudicial a si próprio e/ou aos que com ele convivem). Afirmam que há pouca literatura sobre o tema. Para fornecer visão ampla sobre o tema personalidade *boderline* recorreram à revisão da literatura, o que incluía morbidade associada, psicopatofisiologia e tratamento. Combinaram observações clínicas de tratamento terciário de doentes com cefaléia intratável. 2% da população geral apresentam personalidade *boderline* com aumento de prevalência em doentes com morbidade associada psicopatológica e abuso de substâncias. Cefaléia severa e migrânea aparenta ser mais prevalentes em doentes com personalidade *boderline* que na população geral. Sugerem que história de abuso de medicação é comum, mas deveria ser interpretada com cautela. Recentes pesquisas mostram que haveria redução do volume hipocampal em doentes do gênero feminino com personalidade *boderline*; hipometabolismo no córtex pré-motor, pré-frontal e cíngulo anterior, bem como transtorno serotoninérgico e núcleo lenticular, caudado e talâmico. Específicos manejos de tratamento pelo clínico são sugeridos como guia para o tratamento visando reduzir o risco de abuso de medicação e minimizar o estresse relativo ao desempenho profissional.

Cassidy *et al.* (2003) examinaram fatores associados a dificuldades sociais, ocupacionais e psicológicas em doentes com cefaléias primárias (migrânea e cefaléia tipo tensão), pois contribuem para que haja grande incapacidade. 180 doentes foram examinados por 9 meses e cada subtipo foi avaliado quanto à frequência, duração e severidade dos sintomas de acordo com os critérios da *International Headache Society*. Os resultados mostraram que quanto maior a incapacidade maior os índices de depressão, embora não apresentassem nem menor frequência e severidade de dor. Doentes com migrânea evidenciaram maiores índices de depressão que os do tipo tensão. O número de dias por mês com dor de cabeça foi determinante para a amostra, assim como a cronicidade esteve associada com o aumento significativo de escores psicopatológicos e incapacidade social, embora a direção dessa associação ainda não esteja clara. Os migranosos crônicos mostraram maior debilidade.

Em continuação com sua linha de pesquisa sobre morbidade associada entre transtornos psicopatológicos e migrânea, Radat (2005) afirma que é essencial o estado vigilante quanto aos migranosos, no que concerne aos problemas de ansiedade e humor, uma vez que o sofrimento emocional e o manejo do estresse podem ser alvo particularmente interessantes pelas mudanças psicológicas, atentando para o abuso de medicamentos. É fundamental avaliar a presença de eventuais estados depressivos, mesmo quanto à dimensão aditiva da medicação. Sublinha que o interesse da

colaboração psicológica e médica nos serviços de assistência ao migranoso deve sempre estar presente.

Para a abordagem da terapêutica multidisciplinar, especialmente do ponto de vista psicológico, devem-se contemporizar as medidas de estilo de vida que possam indicar ou eliciar apresentação das crises. Para tanto, é necessária a introdução de mudanças nos hábitos gerais, alimentares, ritmo do sono, em determinados hábitos de consumo, como álcool, supressão ou não de determinadas medicações, modificação de condições físicas e ambientais, como estímulos sensitivos intensos.

Na literatura estão descritas diferentes abordagens acerca da etiologia da migrânea relativa aos fenômenos mentais, psicológicos, dinâmicos, psicocomportamentais, cognitivos e psicossociais.

Há os que sustentam a hipótese de que haveria correlatos psicodinâmicos e, portanto, etiologia psíquica predispondo os doentes às crises de migrânea, como Garma (1984), embora a versão ainda careça de comprovação científica. Supervalorização dos sintomas e processos de intelectualização (Shulman, 1991); perfeccionistas teriam elevado desejo de aprovação e devido à tensão decorrente desse estresse constante, o doente teria as crises eliciadas; conteúdo valorizado do pensamento (Dethlessen e Dahlke, 1999); personalidade de caráter instintivo sádico-anal que predisporia os doentes ao desenvolvimento de migrânea desde a primeira infância (Garma, 1984) e, respectivamente, questões do desenvolvimento psicosexual estariam ligadas à condição médica (Dethlessen e Dahlke, 1999).

Perissinotti E (2001) desenvolveu estudo de observação clínica com 100 indivíduos que apresentavam concomitantemente sintomas psicopatológicos e cefaléias. Os doentes participavam de tratamento psicoterápico psicodinâmico grupal além do tratamento médico convencional. Afirma o autor que, entre outros pontos, haveria prevalência de quadros depressivo-ansiosos antecedendo a primeira crise cefalálgica; sentimentos de perdas e culpa, inicialmente latentes, e que se manifestaram com o decorrer do tratamento psicoterápico. O bem-estar dos doentes só ocorreu quando condições ambientais e psicossociais se associaram-se ao tratamento farmacoterápico.

Segundo Passchier *et al.* (1985) e Passchier *et al.* (1996) respostas afetivas em cefalálgicos podem ser melhor preditores de incapacidade que a dor em si mesmo, em parte em decorrência de a cefaléia eliciar ansiedade, desesperança ou resignação relacionada ao aumento da inabilidade do que a intensidade de dor em si acompanhada de menor estresse afetivo.

O medo de que a cefaléia venha a romper as atividades planejadas leva os doentes a se retraírem ou se absterem de atividades laborativas, sociais, ou familiares mesmo em período de intercrises. A expectativa e antecipação ansiosa da crise enxaquecosa induziria a funcionamento deficitário, mesmo fora dos episódios de migrânea (Philips e Hunter, 1981; Philips, 1983; La Croix e Barbaree, 1990; Hursey e Jacks, 1992).

Estudos de avaliação dos tratamentos comportamentais como relaxamento, *biofeedback* e terapia cognitiva para migrânea recorrente sugerem que reduzem o estresse afetivo mesmo em indivíduos que mostram falhas no

desempenho quando da atividade da migrânea por melhorar a resposta de estresse afetivo relacionada a angustia antecipatória da dor (Blanchard *et al.*, 1991; Penzier *et al.*, 1993).

Conclui-se, portanto, que durante o processo de reabilitação do migranoso é importante o acompanhamento associado de tratamento psicoterapêutico, já que, muitas vezes, os doentes apresentariam morbidade associada com outros transtornos como depressão e estados de ansiedade.

Grupo de representantes da *International Headache Society* (IHS) em *core curriculum* sugerem o *biofeedback* como método eficaz de intervenção, especialmente no que se refere à medida profilática de novas crises, entre os mais eficazes (Silberstein, 1997; Bordini, 2001).

3 - Sobre o método do *biofeedback* e técnica de tratamento da migrânea

A psicofisiologia é o campo de estudo que examina as relações entre as atividades mentais e funções fisiológicas. É ramo de investigação científica acerca da conexão corpo-mente: interessa-se pelas características mentais que afetam o corpo, assim como, as experiências das informações corporais e as alterações induzidas nele pelas emoções. A psicofisiologia aplicada é disciplina que se utiliza destas informações para propósitos práticos, especialmente a investigação do controle das funções corporais e problemas de saúde mental.

As investigações psicofisiológicas estudam as relações entre os aspectos psicológicos e fisiológicos descrevendo as “interações entre corpo e mente” (Stern *et. al.*, 2001). Seu objetivo é o entendimento das experiências comportamentais em termos dos substratos biológicos (Rosenzweig, 2002).

A palavra “*biofeedback*” foi cunhada no final da década de 1960 para descrever os procedimentos, desenvolvidos desde 1940, para treinamento que alteram a atividade cerebral, pressão sangüínea, tensão muscular, frequência cardíaca e outras funções corporais que voluntariamente não seriam controladas (Andreassi, 1995). O *biofeedback* é método de tratamento que se utiliza de instrumentos para o monitoramento. A retroalimentação de informações fisiológicas pela observação dos dispositivos permite aos doentes,

através da tentativa e erro, a promoção do ajuste dos processos corporais, através dos processos de pensamento e mentais, integralmente. O processo ocorre, através da aprendizagem involuntária por meio da atividade das funções fisiológicas. O *biofeedback* opera com a noção de que os indivíduos têm a habilidade inata e potencial de influir no funcionamento automático de seu corpo através do empenho e vontade, o que vem mostrando eficácia para controlar variedade de eventos fisiológicos.

Desde o início a técnica foi desenvolvida por psicólogos visando tornar conscientes as funções corporais normalmente inconscientes, como pulso, digestão e temperatura corpórea, através de técnicas de monitoramento, proporcionando ao indivíduo o desenvolvimento de controle por aprendizagem implícita. Novos *insights* estabelecem-se entre o comportamento biológico e o mental, sendo possível o avanço de sua integração através desta técnica de maneira científica (Arena e Blanchar, 1997).

O *biofeedback* é método psicofísico detectando funções internas corporais com grande sensibilidade e precisão, enquanto técnica de treinamento, onde o indivíduo aprende a melhorar sua condição de saúde usando sinais de seu próprio corpo. Picos de sinais elétricos musculares, de atividade elétrica ou de temperatura, entre alguns, são detectados e traduzidos toda vez que forem ativados, tensionados. Objetiva o relaxamento, diminuindo a tensão ativadora e reajustando-o ao sinal padrão. Essas estratégias propiciam a aprendizagem por associação de sensações, ocorrendo o desenvolvimento de novo hábito, mais saudável. Depois do tratamento o padrão de resposta

mantém-se, mesmo que haja a ativação do estímulo eliciador da resposta originária disfuncional (Basmajian, 1976; 1985).

A palavra inglesa *biofeedback* poderia traduzir-se por "bio-retroinformação", posto que seus componentes sejam a palavra grega "bio" (vida), e a palavra "feedback" que as ciências eletrônicas traduzem como "retroinformação" (Echenhofer e Coombs, 1987).

Define-se a bio-retroinformação como técnica que incrementa a capacidade do indivíduo para controlar gradual e voluntariamente as atividades fisiológicas pelo fato de fornecer informações acerca das mesmas. Mais concretamente, se o indivíduo pode receber informação acerca de seu estado tensional, estarão dadas as condições necessárias para que possa relaxar. Enquanto começa a relaxar, esta informação é percebida, captada pelo instrumento externo que, por sua vez, informa novamente ao indivíduo sobre seu progresso, e assim sucessivamente. Desta maneira, o indivíduo verificando seu relaxamento progressivo desenvolve mecanismos de controle interno e modifica seu comportamento. É importante destacar que instrumentos não induzem ao estado de relaxamento senão por fornecer a informação para que o indivíduo possa obter a mudança desejada (Bowsher, 1996).

Pesquisas vêm, dia a dia, revelando que a aprendizagem obtida pelo processo involuntário tem eficácia e efetividade mais vantajosas que outras técnicas, tanto para os sistemas de saúde, como para os serviços assistenciais e, principalmente, para os doentes (Cohen *et al.*, 1977; Bellissimo e Tunks,

1984; Echenhofer e Coombs, 1987; Hudzinski e Laurence, 1988; Hudzinski e Laurence, 1990).

Através de pesquisas clínicas e suas aplicações, o *biofeedback* tem sido amplamente utilizado, em especial nos EUA, Canadá e na Europa (Bélgica, Alemanha, Suíça e Itália, principalmente) como técnica que produz extensas aplicações para várias modalidades de tratamento em diferentes condições médicas agudas e, principalmente, crônicas.

O método de intervenção prevê avaliação psicodiagnóstica e posterior intervenção clínica com duração média de 8 sessões, porém, o processo de reabilitação demandaria período maior, de 15 a 40 sessões.

Como técnica aplica-se em áreas muito diversas. No campo da medicina, por exemplo, para tratamento de migrâneas, cefaléia tensional, hipertensão, arritmias cardíacas, enfermidade de Raynaud, paralisias, danos na coluna vertebral e outras afecções motoras, para o alívio das conseqüências de acidentes vasculares cerebrais, aneurismas, danos traumáticos do cérebro, esclerose múltipla, epilepsia, hipoglicemia e diabetes, epilepsia, síndrome pré-menstrual, dores crônicas, incontinência urinária, entre inúmeras outras aplicações.

No campo da Psicologia emprega-se para o tratamento de fobias, depressão, ansiedade, insônia e estresse, dentre algumas situações clínicas (Dumas, 1980; Lubar, 1985; Lubar *et al.*, 1995; Dromerick *et al.*, 2000).

A bio-retroinformação é ferramenta para a aprendizagem da autorregulação fisiológica. A meta é tornar o conteúdo involuntário voluntário e

obter mudança comportamental através dos próprios processos fisiológicos. A idéia é que com a prática o indivíduo aprende a modificar suas reações frente ao estresse ou a tensão até que os instrumentos de bio-retroinformação deixem de ser necessários, pois ocorrendo a aprendizagem ocorrerá automatização decorrente do condicionamento (Melzack e Perry, 1975; Peper *et al.*, 1979; Peper e Willians. 1981; Lubar *et al.*, 1995).

Entende-se, neste contexto, por aprendizagem, todo processo pelo qual o indivíduo modifica e ou incorpora suas novas condutas permanentemente. No caso da bio-retroinformação, o doente aprende a controlar - até certo ponto - voluntariamente seus parâmetros de resposta fisiológica de maneira cada vez mais eficaz.

A mecânica da terapia é simples: utiliza-se dos aparatos eletrônicos para monitorar as mudanças dos processos corporais que se aprende a regular. Conectam-se ao doente eletrodos que irá ligar-se a decodificador conectado a computador com software que traduz os estados fisiológicos em distintos tipos de registros. Estados fisiológicos são observados na tela do computador e assim o doente pode informar-se sobre o nível de reação galvânica da pele, da variação de temperatura corporal, do ritmo cardíaco, de sua atividade muscular, do fluxo sanguíneo, da atividade das ondas cerebrais e da respiração (Sacristan *et al.* 1984; Schmid e Peper, 1998; Dromerick *et al.*, 2000).

Os instrumentos empregados, separada ou conjugadamente, são o eletromiógrafo, o eletroencefalógrafo, o eletrodermógrafo e o termômetro, que

amplificam a variável fisiológica que se esteja medindo. A utilização do método mais apropriado depende do doente e do problema específico.

Os estudos sobre o *biofeedback* têm sua origem em distintos campos de investigação. Por um lado, os estudos sobre condicionamento instrumental ou operante de respostas autonômicas - aqueles que se baseiam no paradigma operante – sustentam que o indivíduo modificará sua conduta sobre a base de recompensas e punição. Assim, mudança favorável no estado fisiológico poderá ser considerada como reforço positivo que levará o indivíduo a consolidar a conduta para alcançar e manter seu estado. Por outro lado, aqueles que argumentam sobre controle de ritmos corticais e aprendizagem de habilidades motoras aplicam o paradigma cibernético, isto é, o princípio da bio-retroinformação (Sarnoff, 1983; Venneman, 1991; Arena e Blanchard, 1997; Silberstein, 1997).

Os primeiros estudos sistemáticos sobre aprendizagem instrumental ou operante de respostas autonômicas com sujeitos humanos apareceram nos primeiros anos da década de 60. As principais respostas estudadas incluíam flutuações eletrodérmicas, incrementos e diminuições na taxa cardíaca e respostas vasculares. Os procedimentos de condicionamento mais utilizados eram a aprendizagem por evitação, por reforçamento negativo e a aprendizagem discriminativa por reforçamento positivo. Nos casos citados é freqüente a utilização, de forma complementar com realimentação auditiva ou visual para as respostas autonômicas. Porém, a investigação que marcou a origem da utilização dos procedimentos de *biofeedback* constituiu-se de

estudos sobre controle de habilidades motoras e de ritmos eletroencefalográficos, onde se aplicavam princípios cibernéticos da teoria de controle de sistemas (Basmajian, 1972; Mulholand, 1977; Basmajian, 1985).

A aprendizagem ocorre por padrão fixo de êxito produzindo-se por associação (inconsciente) que permite modificar padrões fisiológicos como contratura muscular, frequência ou amplitude de ondas cerebrais, ou fluxo sangüíneo e, conseqüentemente, o rompimento do círculo vicioso entre dor ⇒ estresse ⇒ tensão ⇒ percepção da dor (Rossi, 2001).

Segundo Borgeat (1981), estudos futuros deveriam dedicar-se ao desenvolvimento de temas relacionados à efetividade do *biofeedback* que, como terapêutica para cefaléia, já é bem estabelecida. Pois investigar a especificidade eventual da técnica de tratamento em relação a outras técnicas de auto-regulação e clarificar sua importância associada à aceleração ou generalização da aprendizagem por retroalimentação biológica seria interessante para que se consolidasse como método de terapêutica profilática.

O emprego da técnica de *biofeedback* pressupõe a existência de certas relações entre os estados fisiológicos e o estado psicológico, ou seja, entre parâmetros corporais e psíquicos, psicofisiológicos, portanto. Neste sentido, poder-se-ia mencionar a psicossomática, que ressalta a unidade corpo-mente e a interação entre os dois elementos. No geral, existe a convicção de que os fatores psicológicos são importantes no desenvolvimento de todas as enfermidades (Dromerick *et al.*, 2000).

Enfatiza-se, na atualidade, a necessidade de incorporar à teoria psicossomática fatores interindividuais assim como o papel do sistema nervoso central, os mecanismos cognitivos, afetivos e perceptivos que podem mudar as respostas neurovegetativas e imunológicas.

Destaca-se assim que o comportamento do enfermo é essencial tanto para o desenvolvimento da enfermidade como para sua cura (Shapiro e Switt, 1976). O tratamento de condições médicas com a participação ativa do doente é uma das características do *biofeedback* o que levaria a enquadrá-lo no campo da psicofisiologia dinâmica.

Destarte, o processo terapêutico exige a intervenção do profissional psicólogo como fundamental, à medida que se configura essencialmente a aprendizagem de condutas, podendo surgir inconvenientes, tais como problemas de aprendizagem, dificuldades para o desenvolvimento de condutas novas e problemas de contenção emocional, cujo cerne o profissional psicólogo é o preparado para diagnosticar e acompanhar em seu desenvolvimento.

De tal modo, o processo do *biofeedback* vem, em algumas oportunidades, sendo aplicado por outros profissionais que não formados em Psicologia, o que resulta em aplicação mecânica da técnica sem a devida observância das características psicodinâmicas e comportamentais, uma vez que, outros profissionais não receberam formação adequada para o diagnóstico destas situações clínicas de aprendizagem, psicocomportamental e psicodinâmica, bem como para identificar problemas psicopatológicos, dos processos mentais e cognitivos. Há, no entanto, relatos na literatura de

insucesso do método ou de que sua aplicação não objetivaria o alívio apregoado. Porém, pouco se tem descrito sobre as estratégias que acompanham a aplicação do método, muitas vezes por não serem observados os fundamentos básicos da técnica como mudança comportamental, relaxamento ou aquisição de novos esquemas. O profissional psicólogo é o responsável único por estas tarefas, seja no Brasil como nos demais países do mundo.

Um dos primeiros antecedentes de *biofeedback* foi desenvolvido por Schultz, em 1969, na Alemanha e Luthé, em 1969, nos Estados Unidos: ensinava-se aos doentes a utilizar *feedback* da frequência cardíaca através de técnica de relaxamento denominada "treinamento autógeno".

Entre os avanços registrados, podemos mencionar, segundo o relato de Surwillo (1990) e Schwartz (1995) são:

a) Jacobson, entre 1920 e 1930, desenvolveu técnica de relaxamento progressivo que incorporou eletromiógrafo primitivo para controlar o nível de tensão muscular. O Relaxamento Progressivo é técnica orientada a tensionar e relaxar vários grupos de músculos tratando de associar simultaneamente ambas as sensações ao mesmo tempo.

b) Kamiya, em 1962, instruiu estudantes universitários a produzir voluntariamente ondas alfa.

c) Budzynski, em 1970, desenvolveu técnica que induzia relaxamento corporal generalizado a fim de aliviar de cefaléias funcionais.

d) Green, Green e colaboradores, em 1971, utilizaram o controle da temperatura das extremidades por meio do treinamento autógeno e visualização para tratar doentes com migrêneas e hipertensão arterial essencial.

Paralelamente às citadas investigações com seres humanos, surgiram trabalhos experimentais com animais (Bauer, 1976), utilizando o condicionamento operante, que pode ser considerado como forma de *realimentação*, porquanto se a resposta é recompensada, o reforço positivo retroalimenta por sua vez novas respostas, e assim sucessivamente.

O trabalho mais importante neste terreno foi o de Neal Miller, da Universidade Rockefeller de *New York*, em 1969, que inicia trabalho revolucionário, quando, geralmente se supunha que o homem estaria regulado por dois sistemas nervosos diferentes: o voluntário e o involuntário. O sistema nervoso voluntário ou somático compreende células e fibras nervosas que servem ao músculo esquelético. O sistema nervoso involuntário ou autônomo compreende os movimentos das pupilas, coração, vasos sangüíneos, estômago, glândulas endócrinas e todas as funções consideradas tradicionalmente como automáticas ou "além de nosso controle". Realiza a experiência com ratos paralisados com curare objetivando a não interferência das reações do sistema nervoso "voluntário". Miller, através de trabalhos experimentais com ratos e o condicionamento operante conseguiu produzir respostas viscerais, demonstrando que certos animais podiam controlar variáveis psicofisiológicas e assim demonstrar que o sistema involuntário pode,

na verdade, ser submetido ao controle da vontade (Echenhofer e Coombs, 1987; Schwartz, 1995).

Desta maneira, foi concebida a possibilidade de que o doente, ao receber informação sobre o estado de certas funções biológicas involuntárias, (tais como a temperatura e a condutância elétrica da pele, a tensão muscular, a pressão arterial, o ritmo cardíaco e a atividade das ondas cerebrais), e ao aprender a regular um ou mais destes estados biológicos (como a capacidade de aumentar a temperatura de uma das mãos) poderia utilizá-los para reduzir a frequência de migrâneas, entre alguns sintomas.

Os aparatos mais utilizados são o termômetro, que mede a temperatura da pele que diminui durante a tensão, devido à vasoconstrição periférica, o eletromiógrafo (EMG) que mede os potenciais elétricos das fibras musculares e a atividade muscular; o eletroencefalógrafo (EEG) (Serman, 1981), que registra as ondas cerebrais e o eletrodermógrafo que mede a capacidade de reação galvânica da pele, e mostra a modificação de sua condutância (Basmajian, 1972; 1976; Bellissimo e Tunks, 1988; Andreassi, 1995). Atualmente já está disponível aparelhagem que possibilita a conjugação de vários dos aparatos acima descritos traduzindo-se em maior fidedignidade melhorando sobremaneira a acurácia do método.

a – Termal ou térmico:

O termômetro mede a temperatura da pele que varia de acordo com a vasoconstrição ou vasodilatação periférica. A informação recolhida com

eletrodos superficiais que se colocam nos dedos de mãos, pododáctilos, braços, pernas ou mandíbula.

b - Eletromiográfico:

O eletromiograma (EMG) mede contração e relaxamento muscular. O EMG amplifica a atividade elétrica superficial originada pela atividade muscular.

c - Eletroencefalográfico (EEGfeedback ou Neurofeedback)

O eletroencefalógrafo mede ondas cerebrais e informa sobre mudanças na atividade elétrica cerebral.

d – Eletrodermográfico (GSR)

Instrumento mede as mudanças na atividade elétrica da pele. Eletrodos superficiais colocados sobre a palma da mão, dedo ou pododáctilo recolhem sinais e informam ao indivíduo seu nível de reatividade elétrica.

A interpretação dos resultados deve levar em consideração que os mecanismos que controlam a temperatura interna do organismo não estão necessariamente relacionados com a atividade do sistema nervoso autônomo, cujo controle também considera a existência de outros fatores que exercem influência na temperatura da pele, como viscosidade do sangue, a temperatura do meio ambiente, fatores bioquímicos como a presença de ácido láctico, epinefrina, dióxido de carbono, nicotina, o teor alcoólico sangüíneo.

Os aparatos descritos acima possibilitam que os doentes tenham percepção de determinadas funções biológicas, o que permitirá - como já explicado - que a função seja controlada voluntariamente. Um dos objetivos seria possibilitar que o doente possa controlar essas funções sem a ajuda

instrumental, e a função do psicólogo seria ajudar o doente a integrar o aprendido à sua vida diária (Tansey, 1991). A percepção sobre sensações internas iria aumentando à medida que avança o tratamento, facilitando o reconhecimento de distintos estados fisiológicos sem a necessidade de ajuda externa. Desta maneira, as percepções diretas de eventos internos gerariam novos circuitos internos (Peper *et al.*, 1979; Plotkin, 1979; Peper e Willians, 1981; Rice *et al.*, 1993).

A aplicação correta dos procedimentos de *biofeedback* depende de múltiplos fatores, alguns de caráter geral, próprios de toda investigação psicofisiológica e outros de caráter mais específico, típicos das investigações de *biofeedback*. Quanto aos primeiros deve-se ter em consideração que o desenvolvimento das técnicas de *biofeedback* foi possível graças aos desenvolvimentos produzidos na área da psicofisiologia, que, por sua vez, foram possíveis graças aos avanços produzidos durante a segunda metade do século XX no campo da tecnologia eletrofisiológica, em particular com os instrumentos poligráficos.

A metodologia utilizada na técnica de *biofeedback* segue quatro aspectos fundamentais em toda investigação psicológica: variável dependente, variável independente, variáveis estranhas e procedimentos. Tanto para a investigação como para o tratamento clínico, a variável dependente pode ser qualquer resposta fisiológica do sujeito. A variável independente mais importante em *biofeedback* é a forma de apresentação do sinal ao sujeito. Dentre das variáveis

estranhas, estão as reações dos sujeitos participantes do estudo, as condições e estímulos ambientais (Schneider e Wilson, 1985; Schmid e Peper, 1998).

Do ponto de vista metodológico a técnica do *biofeedback*, como toda técnica psicofisiológica, depende diretamente da captação, amplificação e registro confiáveis, ou seja, da qualidade técnica do decodificador e não somente das variáveis fisiológicas que se deseja modificar. Considerações sobre o tipo de sinal biológico de que se trate, características dos eletrodos ou transdutores, território de colocação sobre a pele, tipo de eletrólito, tipo de amplificador e nível de amplificação, controle de ruído, calibração, possível transformação do sinal, seleção de parâmetros apropriados, registro gráfico ou magnético, tipo de *feedback* e modalidade sensorial, são aspectos que não devem ser arbitrários. Assim, a capacitação do psicólogo que manejará os dados é fundamental. Destes depende a distorção, ou não, do sinal original e que condicionam a validade do método (Schmid e Peper, 1998). Do mesmo modo é importante levar em consideração outra série de fatores de tipo ambiental e organísmico que podem influir nas funções biológicas e cujo não controle poderia afetar seriamente a validade interna do estudo. Tais fatores incluem a temperatura e a umidade ambiental, o nível de ruídos, a duração do registro, a hora do dia, a idade e o gênero dos sujeitos.

Segundo Surwillo (1990), Yates, em 1980, assinala três fatores muito importantes em toda investigação com *biofeedback*: a lei dos valores iniciais e o efeito de tendência, o *feedback* verdadeiro e o efeito das instruções.

O *biofeedback* está indicado para uso em adultos e crianças e evidencia resultados efetivos em longo prazo, por até 15 anos (Schmid e Peper, 1990).

O *Consensus da Agency for Health Care Policy and Research* cita o *biofeedback* como tratamento primário para incontinência urinária, condição que afeta 30 % dos idosos independentes, e cerca de 50% dos doentes que necessitam de cuidados paliativos, em longo prazo por condição crônica não neoplásica decorrentes de esclerose múltipla, distrofia muscular ou lúpus eritematoso, assim como, Acidente Vascular Encefálico e prostatectomia.

Oitenta por cento dos indivíduos com hipertensão arterial essencial que se submeteram ao treinamento com *biofeedback*, refere a literatura, relatam que reduziram o uso da medicação, ou mais em longo prazo, necessitaram de doses menores.

Vários estudos têm evidenciado que indivíduos com Transtorno do Pânico e Transtorno de Ansiedade que se submeteram ao treinamento com o *biofeedback* obtiveram ganhos significativos em suas habilidades para controlar de seu estado a ponto de as crises não mais interferirem em suas vidas (Gessel, 1975; Aylward, 1979; Ardoino *et al.*, 1983; Adler e Adler, 1989; Venneman, 1991; Cassel, 1995).

No Brasil, há muito se vem aplicando a técnica, porém, poucos trabalhos publicados são criteriosos. Citam-se os trabalhos de Lucia e Pinto (1998) e Lucia *et al.* (1999) que embora com literatura recentemente publicada é sabido que o emprego da técnica vem já ocorrendo sistematicamente com eficácia no manejo de doentes com transtorno esfinteriano.

A *American Association for Headache* declara que o *biofeedback* é o tratamento aceito, entre os preconizados, para o alívio da cefaléia tensional.

Blanchard *et al.* (1985) afirmam que o *biofeedback* evidencia particulares vantagens sobre o uso de medicação para o tratamento de cefaléia, não somente por produzir remissão dos sintomas por longo período, mas por não evidenciar efeitos colaterais desagradáveis.

Gauthier *et al.* (1985) ao avaliarem a eficácia do aumento da temperatura, volume sanguíneo temporal e redução do pulso através do *biofeedback* para tratamento de 22 doentes mulheres com migrânea acompanhadas para uma das três condições experimentais: constrição da artéria temporal, temperatura dedos, ou doentes em lista de espera. O treinamento com *biofeedback* consistia de 12 sessões num período de 6 semanas. Todas as doentes completaram 5 semanas de auto-monitoramento através de diário da atividade de cefaléia (frequência, duração e intensidade) e medicação antes e depois do tratamento. Os resultados mostraram que a constrição temporal e temperatura dos dedos foram equivalentes em sua efetividade no controle das crises de migrânea e produziram maiores benefícios que as da fila de espera.

Chapman (1986) após revisão sobre *biofeedback* térmico e EMG para migrânea conclui boa eficácia na aplicação das técnicas e, inclusive para aproveitamento em curto prazo que se mantém em seguimento de longo prazo. Se comparado o *biofeedback* à técnica de relaxamento a eficácia foi semelhante. Os resultados comparados com o *pseudofeedback* sugeriram

específica contribuição da primeira, uma vez que o *biofeedback* térmico, especialmente em jovens ansiosos que mostravam abuso de uso de analgésicos foi mais efetivo.

Holroyd e Penzien (1990) estudaram a eficácia de intervenções farmacológicas e não-farmacológicas para a profilaxia de migrânea recorrente. O estudo envolveu o uso de propranolol (cloridrato) e treinamento por *biofeedback* térmico através do relaxamento. Através de metanálise visando integrar os resultados de 25 avaliações clínicas sobre eficácia do propranolol e 35 avaliações clínicas sobre a eficácia de treinamento por relaxamento através do *biofeedback* ao todo 2445 doentes. O estudo revelou que os resultados obtidos entre os tratamentos - medicamentoso e *biofeedback* - foi muito similar. Em ambos os casos, observou-se que os tratamentos quando comparados ao placebo foram significativamente maiores, 41% de redução de crises.

Segundo Grazzi e Bussone (1993), terapias comportamentais como *biofeedback* são comumente utilizadas para o tratamento da migrânea e cefaléia tipo tensão. O controle da atividade simpática é efetivo para o manejo da dor nas duas condições. Grupo de 26 doentes migranosos e outro de 14 doentes com cefaléia tipo tensão foram tratados por *biofeedback* eletromiográfico (EMG); amostras de sangue foram coletadas durante o tratamento (pré e pós 10 sessões) as catecolaminas plasmáticas e o cortisol foi mensurado para determinar os níveis basais em que as mudanças induzidas pela terapia comportamental foram averiguadas. A eficácia do tratamento por *biofeedback* para cefaléia tipo tensão e migrânea foram confirmadas (43%) e

14% de redução em comparação ao placebo. Os índices dos valores basais de estresse plasmático foram significativamente diferentes entre os dois grupos, mas não houve mudanças durante o tratamento. A falta de correlação entre a melhora clínica e os índices biológicos monitorados indicariam a necessidade de futuros estudos com protocolos estandardizados que reconheçam os mecanismos de ação dessas efetivas terapias.

Gauthier *et al.* (1994) examinaram o papel da prática diária de exercícios de *biofeedback* térmico para o tratamento da migrânea. 70 mulheres migranosas foram randomicamente escolhidas para uma das seguintes condições: *biofeedback* térmico com exercícios para casa (EC) ou *biofeedback* térmico sem tarefas domésticas (NEC). O treinamento consistia de 12 sessões de treino num período de 6 semanas e todos os sujeitos completaram 5 semanas de monitoramento antes e depois do tratamento. Os resultados indicaram que os sujeitos EC experimentaram diminuição da atividade migranosa e medicação que foram estatística e clinicamente significantes comparados com os NEC. Nenhum resultado revelou significativo aumento nos NEC. Concluem que a prática regular parece aumentar a eficácia do *biofeedback* no tratamento de migrânea.

Lehrer *et al.* (1994) avaliaram a hipótese de que técnicas de manejo do estresse têm efeitos específicos. O estudo comparou várias técnicas revisadas na literatura avaliando o efeito de técnicas individuais. Há evidências de que métodos cognitivos têm específicos efeitos resultantes do sistema autonômico e muscular. O relaxamento muscular e/ou EMG *biofeedback* tem maior efeito

muscular e menor efeito autonômico que o *biofeedback* por temperatura (distal) ou treinamento autógeno. Segundo os autores o EMG *biofeedback* produz efeitos melhores em particular em grupos musculares que relaxamento progressivo e o *biofeedback* térmico têm melhores efeitos que o treinamento autógeno. Transtornos com predominância de componentes musculares (e.g., cefaléia tipo tensão) são tratados mais efetivamente por métodos orientados para o alívio da tensão muscular, enquanto que o predomínio de disfunções autonômicas (e.g. hipertensão e migrânea) é mais efetivamente tratado por técnicas orientadas por fortes componentes autonômicos. Ansiedades e fobias tendem a ser mais efetivamente tratadas por métodos com fortes componentes cognitivos e comportamentais, é o que propõem.

Holroyd *et al.* (1995) estudaram a habilidade do propranolol para melhorar o desempenho do relaxamento por treinamento em *biofeedback*. 33 doentes foram randomizados entre o tratamento por *biofeedback* (administrado com contato limitado) ou relaxamento por treinamento em *biofeedback* acompanhado de propranolol de longa duração (com doses individualizadas de 60, 120 ou 180 mg/dia). Os resultados mostraram que tanto a terapia com propranolol quanto as atividades diárias evidenciaram significativa melhora (79% vs. 54% redução da atividade da migrânea) e evolução clínica neurológica (90% vs. 66% redução). Ocorreu também redução da necessidade do uso de analgésicos melhora dos índices medidos de qualidade de vida nos doentes do protocolo de *biofeedback*.

Hermann (1997) apesar do crescimento de estudos evidenciando boa eficácia de tratamentos não-farmacológicos para a migrânea também ocorre crescimento da evidência com respeito aos tratamentos através de *biofeedback* térmico, ainda pouco se conhece sobre o desenvolvimento de variáveis psicológicas e seu valor preditivo. Identificação de preditores de cronificação dentre as variáveis psicológicas, para os autores, como queixas somáticas em tenra infância, tendências comportamentais e funcionamento familiar são referidas como decisivas.

Lipchik (1998) afirma que o *biofeedback* térmico foi o primeiro a ser usado na Clínica Menninger, em Kansas, onde os pesquisadores descobriram que os doentes com cefaléia que aprendiam a elevar a temperatura de suas mãos pelo método tinham menos e menores crises de cefaléia, quando praticavam regularmente. O *biofeedback* para o autor, produz entre 45% e 60% de redução das crises de migrânea tanto em sua freqüência como em sua duração, o que equivale à redução da cefaléia obtida por muitos fármacos como propranolol e amitriptilina, mas sem efeitos negativos colaterais. Para muitos cefalálgicos a combinação de tratamentos farmacológicos e não-farmacológicos produz melhor e mais significantes resultados para as atividades de vida diária. Afirma ainda que cada um dos tratamentos usados isoladamente, *biofeedback* e propranolol, traduz-se em 55% de melhora na redução de crises de migrânea. Entretanto, quando combinados ocorre aumento para 70% de redução da dor.

Van-Hook (1998) afirma que cefaléias e transtornos de humor co-ocorrem com taxas significativas. Duas técnicas psicológicas foram estudadas

pelo autor para comprovar a efetividade dos tratamentos para cefaléia, o *biofeedback* e relaxamento, para tratar os transtornos de humor que acompanhavam a cefaléia crônica. Os resultados mostraram que terapias farmacológicas e cognitivo-comportamentais foram altamente efetivas separadamente ou combinadas. Apontam os autores através dos resultados que há relevância em tratar o espectro psicopatológico, assim como a dor, quando do tratamento de cefaléias, e da manipulação de tais fatores conhecidos, pois influem decisivamente no desenvolvimento da cronificação e incapacidade para o trabalho.

Marcus *et al.* (1998) asseguram que a identificação de anormalidades musculoesqueléticas em doentes com cefaléia tem levado à incorporação de terapias físicas nos programas de tratamento para cefaléias crônicas. No estudo os autores investigaram eficácia de terapias físicas para o tratamento da migrânea e a utilidade de tratamentos como relaxamento e *biofeedback* térmico como adjuvante nos doentes cujo tratamento padrão não obteve os resultados esperados. As terapias físicas quando utilizadas separadamente não se mostraram efetivas na redução da cefaléia com somente 14% de respostas significativas (média de redução de 15,6%, quando em comparação com 41,3%) para o *biofeedback* térmico. Concluem que o *biofeedback* térmico deveria ser recomendação útil como tratamento não-farmacológico de escolha para migrânea.

Astin (2004) revê a evidência das terapias comportamentais (e.g., relaxamento, meditação, imaginarização, terapias cognitivo-comportamentais)

no tratamento com condições médicas relacionadas à dor e sugere futuras direções de pesquisa na área. Baseado na evidência de trabalhos randomizados e controlados e em muitos casos, revisões sistemáticas da literatura, seguem as recomendações: 1) aproximações de multicomponentes psicocomportamentais, incluídos algumas combinações de manejo do estresse, treinamento de habilidade para o enfrentamento, reestruturação cognitiva e relaxamento, são apropriadas como tratamento adjunto para lombalgia; 2) aproximações multimodais das terapias psicocomportamentais, assim como a terapia cognitivo-comportamental, particularmente, quando combinadas com componentes educacional-informativos podem ser efetivo adjuvante no manejo de reumatismo e osteoartrite; 3) relaxamento e *biofeedback* térmico devem ser considerados como tratamento para migrânea, enquanto que o relaxamento e *biofeedback* muscular pode ser efetivo tratamento coadjuvante ou terapia única para cefaléia de tensão recorrente; 4) disposição das terapias psicocomportamentais (p.ex., imaginarização, hipnose, relaxamento) quando aplicadas no momento pré-cirúrgico podem aumentar o tempo de recuperação e reduzir a dor decorrente dos procedimentos cirúrgicos; 5) técnicas psicocomportamentais devem ser consideradas como terapias coadjuvantes para auxiliar o alívio da dor durante procedimentos médicos invasivos.

Para Landy (2004) a migrânea compromete seriamente a qualidade de vida dos que sofrem suas crises e exige altos custos socioeconômicos e grande perda de produtividade. Afirma que metade dos casos permanece sem diagnóstico. Para evitar o diagnóstico incorreto da migrânea, clínicos deveriam

ser preparados para reconhecê-la em suas formas de apresentação atípica, que inclui cefaléia tipo tensão e sintomas de sinusite. Tratamentos não-farmacológicos, incluindo treinamento para o relaxamento e *biofeedback* (térmico ou EMG) deve ser indicação apropriada para alguns doentes. Fármacoterapia para a migrânea deve ser prescrita como tratamento preventivo ou em situações agudas. Ao prescrever o tratamento, o médico deveria considerar as características da cefaléia, história, preferências e morbidades associadas. Para o tratamento agudo de doentes com migrânea grave e naqueles em quem a cefaléia responde pobremente às drogas antiinflamatórias não-esteróides ou à combinação de analgésicos, agentes específicos para migrânea como triptanos, dihidroergotaminas e ergotaminas são recomendadas. Intervenções precoces – identificadas e tratadas durante a fase de intercrise – é frequentemente o sucesso no seu manejo. Tratamentos preventivos de migrânea devem ser apropriados para reduzir a freqüência, severidade e duração das crises, melhorando a resposta do tratamento das crises e reduzindo a incapacidade. Os clínicos que tratam migrânea devem estar cientes de considerar condições específicas para crianças, mulheres e idosos.

4 - Método

4.1 – Objetivos

Objetivo Geral

- Averiguar a efetividade* da técnica de *biofeedback* como tratamento auxiliar de doentes com diagnóstico e história de migrânea há mais de seis meses, através de avaliação da qualidade de vida pelo *Multidimensional Pain Inventory*, antes e depois da intervenção.

*Utilizar-se-á como definição de efetividade o que foi conceituado por Last (1995), ou seja, “a medida do benefício de intervenção a dado problema de saúde considerada a eficácia e aceitação a quem é oferecida”.

Objetivos específicos:

- Identificar correlações e ou associações entre variáveis dependentes e independentes;
- Levantar fatores de melhora nos doentes tratados com o *biofeedback*

4.2 – População e Instrumentos

4.2.1 – População

Doentes avaliados por neurologistas e diagnosticados como portadores de migrânea com duração da doença superior a seis meses, com condições de locomoção e retorno às consultas, que concordassem em participar do projeto (Termo de Consentimento Pós-Informado e Esclarecido, de acordo com termos da Comissão de Ética do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo) foram encaminhados para o estudo. O diagnóstico médico foi realizado pela equipe da Liga de Cefaléias e Algias Crânio-faciais da Clínica Neurológica do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (ALC), segundo seus critérios, e obedecendo a que os doentes relatassem 15 dias ou mais de crise no mês com tempo de duração dos sintomas maior do que seis meses.

Os doentes foram selecionados randomicamente, observando a distribuição aleatória seqüencial, onde o primeiro foi definido para participar do Grupo A (experimental), o segundo para o Grupo B (comparativo) e assim consecutivamente.

Os sujeitos distribuídos ao Grupo A (grupo experimental) receberam o tratamento com a técnica de *biofeedback* (n=30) como descrito a seguir. A um segundo grupo chamado B (grupo comparativo) foram encaminhados doentes (n=30) que não se submeteram a técnica de *biofeedback*, mantendo-se o esquema terapêutico padrão para a condição médica.

As sessões foram realizadas em ambiente controlado, cuidando-se para que as interferências externas não viessem a interditar o desempenho do doente, que permaneceu comodamente sentado durante a duração das sessões (quarenta minutos aproximadamente) concentrado diante do computador, conectado a cabo líder com eletrodo superficial com sensores ajustados ao dedo polegar esquerdo, para os destros e direito para os canhotos, que coletaram os dados sobre a temperatura e monitoraram as mudanças térmicas.

O grupo comparativo (B) seguiu o tratamento clínico padrão estabelecido pela ALC submetendo-se a sessão de avaliação psicológica com os mesmos instrumentos e ao final de 10 semanas foi reaplicado o *Multidimension Pain Inventory* (MPI) de Kerns, Turk e Rudy (1985).

Tanto o grupo experimental (A) como o grupo comparativo (B) prosseguiu após a pesquisa o tratamento médico padrão estabelecido pela ALC.

O processo de *biofeedback* objetivou levar o doente a modificar o nível temperatura periférica e, auxiliado pelas instruções do psicólogo, o desenrolar da técnica, controle das crises cefalálgicas através do controle térmico. A indicativa de progressivo de aprendizagem e conseqüente aumento do fluxo sangüíneo regional foi o objeto do treinamento.

Como descrito no capítulo dos procedimentos, as duas sessões iniciais do grupo experimental (A) foram dedicadas a avaliação psicológica e a última a reaplicação do MPI.

4.2.2 – Instrumento

Os instrumentos que subsidiaram o estudo são:

- Prontuários clínicos dos doentes;
- Entrevistas psicológicas estruturadas semi-dirigidas organizadas segundo protocolo de entrevista psicológica para doentes com dor crônica (Perissinotti, 2001);
- *PRIMary care Evaluation of Mental Disorders* - PRIME-MD (Spitzer *et al.*, 1994; Spitzer *et al.*, 1995) completo, incluindo o QP – Questionário do doente e GCA – Guia do Clínico para Avaliação;
- Classificação socioeconômica da ABIPEME;
- *Multidimensional Pain Inventory* – MPI de Kerns, Turk e Rudy (1985);
- ProComp + BioGraph 2.1 da empresa Thought Technology Ltd. 2180 Belgrave Ave. Montreal, Quebec Canada H4A 2L8 Tel: 1-800-361-3651; (514) 489-8251 Fax: (514) 489-8255; <http://www.thoughttechnology.com>

Dados acerca de antecedentes pessoais, familiares, anamnese, situação atual e progressão da condição médica foram obtidos através das referências

constantes do prontuário médico do doente na instituição, além das informações obtidas durante as entrevistas de avaliação psicológica.

A entrevista psicológica estruturada semi-dirigida é técnica que objetiva a precisão do diagnóstico psicológico para determinar plano efetivo de tratamento e por sua confiabilidade tornou-se, segundo Cunha (1996), importante instrumento de pesquisa.

Entrevistas psicológicas estruturadas semi-dirigidas foram, no presente estudo, úteis para o estabelecimento do *rapport* inicial, coleta de dados acerca da dinâmica psicológica e história pessoal. O protocolo de entrevista psicológica, específico para doentes com dor crônica, criado por Perissinotti (2001), foi criado com o objetivo de fornecer subsídios para o levantamento de dados acerca da vida psicológica do doente, além de permitir que através de categorias objetivas facilite a comunicação de diagnósticos psicológicos.

O PRIME-MD, é instrumento utilizado como guia para as consultas nos serviços de assistência primária à saúde, emprega critérios estabelecidos pelo *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders* (DSM–III) e classificados pela Classificação Internacional de Doenças-9 (CID-9). Foi traduzido e adaptado no Brasil, por Fráguas Jr. e Henriques Jr. (1999) sendo considerado teste com boa acurácia e sensibilidade (Fráguas Jr. e Henriques Jr, 1999). O instrumento apresenta, segundo trabalhos publicados, elevado poder preditivo (0,86). No que se relaciona à depressão maior, tem o valor de 0,92 (Rost, 1999) o que o torna recomendável em estudos envolvendo doentes com dor crônica, condição em que depressão é diagnosticada em 56% dos casos (Fishbaind *et al.*, 1986).

Durante o presente estudo, o PRIME-MD foi empregue para avaliar diagnóstico psicopatológico de cinco das categorias mais comuns de transtornos psicopatológicos encontrados na população geral e não objetivou o rastreamento minucioso dos quadros psicopatológicos, uma vez que o instrumento não é adequado para esta mensuração. Quando foi necessário, segundo os critérios estabelecidos pelo instrumento, os doentes foram encaminhados para acompanhamento psiquiátrico e excluídos do estudo. O PRIME-MD criado por Spitzer *et al.* (1994; Spitzer *et al.*, 1995) foi o primeiro instrumento de “segunda geração” destinado a selecionar e diagnosticar transtornos mentais mais comumente observados em ambulatórios de clínicas gerais durante o atendimento primário por profissionais da área de saúde não psiquiatras (Steven e Hahn, 1998).

O PRIME-MD tem o objetivo de direcionar a avaliação psicopatológica (Spitzer *et al.*, 1995; Fráguas Jr. e Henriques Jr., 1999), pois possibilita o diagnóstico de transtornos de ansiedade, do humor, do apetite, de somatização e de abuso do álcool. É instrumento dividido em duas partes. A primeira é questionário auto-aplicável sobre sintomas físicos e mentais. As respostas possíveis são sim ou não. A aplicação recomendada do instrumento será realizada individualmente. A folha de resposta do doente (Qp) é disposta de modo que no último campo consta espaço reservado para que o doente anote sua opinião sobre a Qualidade de sua Saúde. Durante a primeira entrevista, grupal, os doentes responderam além do MPI também ao Qp do PRIME-MD.

Numa segunda entrevista, individual, será aplicado o Guia de Aplicação Clínica individualmente.

Ao lado das características psicológicas as psicossociais também foram de interesse, pois a manifestação de anormalidades mentais e no modo do enfrentamento das situações de crise revelam-se como fator de morbidade associada.

Para avaliar as características sociais, demográficas e econômicas das famílias brasileiras, o Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatística (IBOPE)[‡] desenvolveu o Levantamento Socioeconômico. Seu principal objetivo é o de complementar os dados do Censo populacional do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), fornecendo informações sobre a posse de bens de consumo, especialmente daqueles que compõem o critério de classificação econômica da população (Critério Brasil). O Levantamento Socioeconômico é dividido em dois módulos: Demográfico e Posse de Bens.

No Módulo Demográfico são avaliadas a infra-estrutura urbana, a condição socioeconômica e a demografia domiciliar. O Módulo Posse de Bens registra a presença de itens de consumo como televisores, computadores, automóveis, telefones celulares, antena parabólica, canal por assinatura, acesso à Internet, entre muitos outros. Segundo o IBOPE, o Levantamento Socioeconômico permite dimensionar o público segundo o mercado e diferentes demandas, estabelecer bases seguras de segmentação da população e identificar o tamanho, a composição e o perfil de vários universos populacionais, levantar as características dos domicílios, a composição e o

perfil das famílias brasileiras, obter informações relevantes para cruzamento entre os dados demográficos e a posse de bens e serviços, avaliado e atualizado, pela Associação Nacional das Empresas de Pesquisa (ANEP), critério de classificação socioeconômica vigente.

O objetivo do Critério Brasil é o de avaliar o poder aquisitivo do consumidor. Os critérios para classificação social do país foram estabelecidos pela Associação Brasileira de Anunciantes (ABA) e Associação Nacional das Empresas de Pesquisa de Mercado (ANEP), com a participação da Associação Brasileira dos Institutos de Pesquisa de Mercado (ABIPEME), com base nos levantamentos socioeconômicos de 1993 e 1997. O Critério Brasil classificou a distribuição da população brasileira segundo classes, representando mais adequadamente o potencial de consumo de cada extrato da sociedade.

O MPI é inventário composto por 52 itens distribuídos em 12 escalas, baseado no modelo cognitivo-comportamental indicado para maiores de 17 anos. Foi desenvolvido para aferir o impacto da dor na vida do doente e comunicar a experiência do doente. Inicialmente foi nomeado como *West-Haven Multidimensional Pain Inventory* (WHYMPI) e posteriormente foi modificada sua denominação conforme a ora utilizada. Atualmente não se publica mais com a nomenclatura WHYMPI.

Encontra-se na página oficial do instrumento[§] de livre utilização e acesso, citação sobre tradução sistemática para o português, porém, não existe qualquer

[§]http://proqolid.cosmosbay.com/instruments/west_haven_yale_multidimensional_pain_inventory_whympi e atualmente <http://www.pain.pitt.edu/mpi/>

referência sobre a autoria. Foi traduzido para o português (Portugal) por Antônio Baptista em 1987, com adaptação para o Brasil, segundo informações e material fornecido pelo autor, Figueiró, em 1998, conforme o formulário modelo utilizado constante do anexo (3). Afirma em correspondência pessoal ter realizado a adaptação com amostra significativa de doentes, baseando-se no original em português de Portugal que adequou verbetes pouco usuais no Brasil, como “autobus” que foi modificado por ônibus, mais usual à população brasileira.

Inúmeros trabalhos vêm sendo elaborados com o instrumento por se configurar um dos mais utilizados no mundo por se mostrar bastante útil no manejo de doentes com dor crônica, pois concilia diferentes aspectos seja no que refere à qualidade de vida e à incapacidade dos doentes. Reconhecido internacionalmente é o mais utilizado por sua consistência psicométrica e validação (Turk, Rudy, 1988; 1990; Deisinger et al., 2001).

Dias e Brito (2002) publicaram referência a que em 1999 foi feita adequação da tradução de anterior.

Em nosso meio vários trabalhos foram desenvolvidos destacando-se as dissertações (Perissinotti, 2001; Anselmo, 2003), teses de doutorado (Anselmo, 2005; Frutuoso, 2006) e artigos científicos (Angelotti e Angelotti, 2000; Oliveira, 2005).

Etscheidt *et al.* (1995) creditam ao MPI confiabilidade assemelhada ao *Minnesota Multiphasic Personality Interview* (MMPI), quanto à possibilidade do diagnóstico psicopatológico em doentes com dor crônica. É instrumento auto-aplicável, composto por 52 itens, dividido em 12 escalas inventariadas em três

partes e apresentado sob a forma de questionário com perguntas fechadas, onde a resposta foi anotada em escala analógica cujos valores variam de zero a seis; o zero corresponde ao mínimo, nada, nunca, menor ou nenhuma e o seis, ao valor máximo, tudo, sempre, maior ou todas. Isto significa que o zero tende ao mínimo possível, nenhum, nada* ou nunca e o seis, tudo**, o máximo possível ou sempre.

Apresenta-se no quadro abaixo as questões do MPI subdivididas por setores e respectivas escalas.

Quadro 1 – Agrupamento das questões do MPI por escalas.

Setor 1 – Experiência da Dor										
1. Interferência na vida	2- De um modo geral, até que ponto a sua dor interfere com as atividades do seu dia a dia?	3- Desde que sua dor começou até que ponto as dores alteraram as suas capacidades de trabalho?	4- Até que ponto a sua dor alterou a satisfação e o prazer que tem em participar atividades sociais e recreativas?	8- Até que ponto a sua dor alterou a sua capacidade de participar em atividades sociais ou recreativas?	9- Até que ponto a sua dor alterou a sua satisfação que tem em participar nas atividades da vida familiar?	13- Até que ponto a sua dor alterou o seu relacionamento como o seu cônjuge, família ou outra pessoa significativa?	14- Até que ponto a sua dor alterou a satisfação ou prazer que tem com seu trabalho?	17- Até que ponto a sua dor alterou as suas capacidades de executar as tarefas domésticas?	19- Até que ponto a sua dor alterou as suas relações de amizade com pessoas que não são da família?	
2. Apoio	5- Até que ponto o seu cônjuge (ou outra pessoa significativa) é compreensivo ou o ajuda em relação à sua dor?			10- Até que ponto o seu cônjuge (ou outra pessoa significativa) está preocupado com você devido as suas dores?			15- Até que ponto o seu cônjuge (ou pessoa significativa) lhe dá atenção devido à sua dor?			
3. Intensidade	1- Avalie a intensidade da sua dor no momento presente.			7- Avalie a intensidade média da sua dor durante a última semana.			12- Avalie o seu sofrimento devido as dores.			
4. Controle da Vida	11- Durante a última semana, até que ponto sentiu que controlava as coisas que aconteceram na sua vida?			16- Durante a última semana, até que ponto se sentiu capaz de lidar com seus problemas?						
5. Sofrimento afetivo	6- Avalie de um modo genérico o seu humor (disposição) durante a última semana.			18- Durante a última semana, até que ponto se sentiu irritável?			20- Durante a última semana, até que ponto andou tenso ou ansioso?			
Setor 2 – Participação de Outrem										
1. Respostas negativas	1- Ignora-me.		4- Se irrita comigo.		7- Mostra-se frustrado.		10- Mostra-se com raiva			
2. Respostas solícitas	2- Pergunta o que é que pode fazer para me ajudar. 14- Liga a televisão para afastar a minha mente das dores.		5- Faz o meu trabalho ou minhas obrigações.		8- Tenta me fazer descansar.		11- Me dá remédios para as dores.		13- Me dá alguma coisa para comer ou beber.	
3. Respostas distrativas	3- Lê alguma coisa para mim.		6- Fala comigo para afastar a minha mente das dores.		9- Tenta fazer com que eu me envolva em alguma atividade.		12- Me encoraja para que me dedique aos meus passatempos.			
Setor 3 – Atividade Geral										
1. Tarefas domésticas			1- Lavar a louça.		5- Ir às compras.		9- Ajudar na limpeza da casa.		13- Cozinhar.	17- Lavar a roupa.
2. Respostas externas			2- Cortar a grama:		6- Trabalhar no jardim.		10- Trabalhar no carro.		14- Lavar o carro.	18- Fazer consertos necessários em casa.

3. Atividades distantes de casa	3- Comer fora.	7- Ir ao cinema.	11- Passear de carro ou ônibus.	15- Fazer viagens.	
4. Atividades sociais	4- Jogar cartas ou outro jogo.	8- Visitar amigos	12- Visitar familiares:	16- Ir à praia ou parques.	
5. Atividade geral	<i>Média das questões da Setor 3</i>				

O inventário foi apresentado aos doentes, em seu modelo original conforme consta dos anexos, após instrução para o preenchimento, que escolheram livremente, sem qualquer interferência do examinador, e cada doente atribuiu nota, diante de escala analógica. O cálculo dos escores foi realizado baseando-se nas médias das diferentes questões que analisarão cada categoria; o valor médio esperado é três, ou seja, a média entre presença e ausência do fator tem o valor três, segundo o preconizado pelo instrumento. Quanto maior o valor numérico, maior o índice da presença do fator.

A primeira parte do instrumento (setor 1) consiste de cinco escalas que avaliam a importância da experiência da dor e a percepção da interferência da dor na vida vocacional, social ou recreacional e familiar ou conjugal. Fornece subsídios para outros significados como, intensidade da dor, repercussão da dor nas atividades de vida diária e transtornos da afetividade (Turk e Kerns, 1985). A segunda parte (setor 2) examina ou avalia a percepção que o doente tem, o que pensa, e o que outras pessoas poderiam pensar quanto às suas reações comportamentais diante da dor e queixas em relação à doença. Três destas escalas detectam a percepção da frequência de respostas negativas, solicitude e distração. A parte três (setor 3) avalia o relato dos doentes quanto à sua participação ou desempenho segundo quatro categorias de atividades comuns de vida diária ou seja, ou seja, a rotina das tarefas e a execução das atividades

domésticas, ao ar livre e atividades sociais (Arena e Blanchar, 1997; Turk e Okifugi, 1998a). A categoria “Atividade geral” da Setor 3 consiste da média das somatórias das demais. Pode ser analisado conjuntamente com as demais setores ou separadamente.

O MPI deve ser utilizado como instrumento que oferece indicadores para o prognóstico dos tratamentos de doentes com dor crônica, de modo geral. Resumidamente classificar-se-ia os indicativos de bons prognósticos dos doentes independentemente das escalas adotadas para intensidade de dor. Os sintomas migranosos relacionados á interferência na vida, assim como os que envolvem a rotina diária, trabalho, atividades sociais gerais, vida familiar, amoroso e amizades (Ravani, 2005) seriam os que melhor indicam o prognóstico.

Segue abaixo quadro explicativos das diferentes escalas a serem consideradas para a elaboração dos prognósticos da eficácia de diferentes tratamentos, para doentes com dor crônica, baseado no MPI, Segundo Ravani (2005):

Quadro 2 – Distribuição das escalas do MPI quanto aos prognósticos, segundo Ravani (2005)

Prognósticos pobres	Prognósticos bons
Intensidade de Dor↓ + Interferência na Vida↑	Intensidade de Dor↑ + Interferência na Vida ↓
Intensidade de Dor↑ + Interferência na Vida↑	Intensidade de Dor↓ + Interferência na Vida ↓
Controle da Vida↑ + Sofrimento Afetivo↓	Controle da Vida = Sofrimento Afetivo
Sentimento de Apoio↑ + Respostas Solícitas↑ + Respostas Negativas↑ + Respostas Distrativas↓	Sentimento de apoio↑ + Respostas Distrativas↑ + Respostas Negativas↓ + Respostas Solícitas↓
Intensidade de Dor ↑ + Interferência na Vida↑ + Sentimento de Apoio↑ + Controle da Vida↓	

O ProComp é instrumento eletrônico acoplado ao programa Biograph 2.1, software que viabiliza o treinamento comportamental, com variadas possibilidades de utilidades, gráficas e ferramentas multimídia. É sistema multimodalidade de 8 canais para monitoramento preciso, sofisticado de EMG, EEG, GSR, temperatura, e respiração. Sensor de temperatura tem ângulo plugado fixado protegido por conector de barreira conectado ao *encoder*. O cabo do sensor mede aproximadamente 121 cm de comprimento. Especificações: Acurácia: +/- 1,0° C Dimensão: 0,125 em glóbulo *thermistor* Variância: 12,8 – 40,6 graus Celsius.

Princípio de funcionamento do sensor de temperatura pode detectar a temperatura da pele onde for aplicado. Mudança de temperatura é considerada como função de quantidade da perfusão sangüínea. O sensor de temperatura é *thermistor* de 0,125 polegadas que pode detectar a temperatura do tecido (pele) em que é aplicado. A temperatura muda em função da quantidade de sangue por infundir o tecido. O sangue das arteríolas é cercado por fibras lisas musculares, innervado pelo sistema nervoso simpático (SNS). Os músculos contraem-se causando vasoconstrição e reduzindo o fluxo de sangue na pele e para produzir diminuição da temperatura de tecido. Para controlar a psicofisiologia, o sensor de temperatura normalmente é colocado nas almofadas do dedo e ligeiramente fixado no lugar por um anel de Velcro.



Fig. 1 – Sensor de temperatura.

Utilizada a estratégia organizadora das sessões de aplicação do *biofeedback* esquema terapêutico baseado em Arena e Blanchar (1997), porém adequando-o à realidade da população de doentes com migrânea atendidas ao serviço em que se realizou a presente pesquisa. O esquema terapêutico para aplicação do *biofeedback* proposto pelos autores acima prevê doentes com diferente repertório cultural.

4.3 - Procedimento

As duas primeiras sessões foram reservadas para a aplicação dos instrumentos diagnósticos, iniciando-se o processo através da aplicação do MEM. Quando o examinando apresentou pontuação igual ou superior a 26 pontos ou correspondente, o PRIME-MD e o MPI e as demais sessões foram destinadas para a intervenção proposta, os demais encaminhados ao tratamento padrão da ALCG para conduta padrão.

Entre a terceira e a nona sessões foram dedicadas ao procedimento propriamente dito e a última, décima, portanto, à reaplicação do MPI para posterior análise da efetividade do método em relação à qualidade de vida.

3a. sessão: O início do atendimento levou em consideração a aplicação da escala visual analógica, objetivando especialmente avaliar e intervir na dimensão sensitivo-discriminativa. Observou-se inicialmente a motivação do doente para a execução das tarefas. Caso os níveis motivacionais não estivessem aceitáveis, o psicoterapeuta reforçou a prática focalizando os benefícios observados durante a execução do *biofeedback* procurando ressaltar sentimentos de auto-eficácia. A aplicação dos eletrodos ocorreu após o estabelecimento de bom *rappor*t e identificação de pontos emergentes. O tempo de duração da aplicação foi de no máximo 10 minutos, uma vez que se trata de objeto desconhecido, podendo causar, algumas vezes, algum desconforto psicológico pelo contato com o novo, então se procurou observar a melhor e mais agradável posição e situação para o doente.

4^a. sessão: Introduziu-se aqui, além dos procedimentos até então adotados, técnicas de treinamento discriminativo. Iniciada a atividade pelo nível de temperatura (linha de base), objetivando que o doente aprendesse a identificar e distinguir diferentes níveis de temperatura, além do relaxamento. Estabeleceu-se, então, programa de tarefas que deveriam ser executadas em casa, “tarefas de casa”, levando-se em consideração o desempenho obtido durante a sessão.

5^a. sessão: Mantiveram-se os procedimentos adotados como *rappor*t, tarefas de casa observando-se o desempenho do treinamento discriminativo, porém, quando o padrão obtido estivesse a contento, acrescentaram-se outros exercícios.

6^a. sessão: A sessão foi preparada objetivando a generalização do treinamento discriminativo.

7^a. sessão: Introduziu-se o conceito de portabilidade através da técnica de lembranças de relaxamento. O início da sessão considerou o perfil do estresse, obtido nas sessões anteriores através do desempenho do doente, para posteriormente auxiliá-lo na generalização em outras circunstâncias de sua vida.

8^a. sessão: Dois objetivos básicos foram perseguidos: a) redução do número de focalização, dirigindo a atenção para a lembrança de relaxamento e b) introdução de diferentes estratégias chamadas “dicas para o controle”.

9^a. sessão: Manteve-se o padrão da sessão anterior, privilegiando a manutenção das tarefas de casa para melhor generalização do padrão obtido. Nesta sessão o doente já compreendido o valor preventivo do procedimento o que lhe permitia identificar nuances de tensão disfuncionais que induziam à dor.

10^a. e última sessão: inicialmente foi feita a revisão da aprendizagem prévia e, se necessário, alguma prática do procedimento “dicas para o controle”. Ao final da sessão o doente preencheu o MPI.

Com o grupo comparativo (B) após 10 semanas de tratamento o doente retornou para uma segunda sessão onde além da entrevista foi reaplicado o MPI.

4.3.1 - Tratamento estatístico

Inicialmente as variáveis foram analisadas através da estatística descritiva. Para as variáveis quantitativas a análise foi realizada através da observação dos valores mínimos e máximos, cálculo de média, desvios-padrão e medianas. Para as variáveis qualitativas calcularam-se freqüências absolutas, relativas, além de análise de agrupamento de apresentação da verbalização da queixa na avaliação psicológica, na anamnese e no desfecho do tratamento, constantes de conteúdos associados ao sintoma dor com atribuição de sentido simbólico e sem sentido simbólico.

Não existe regra formal, no sentido estatístico, para a análise qualitativa dos dados. Porém, quando os dados se apresentam em forma de discurso, a análise pode compreender quatro etapas: a preparação e a descrição do material bruto; a redução dos dados; a escolha e a aplicação dos modos de análise; a análise transversal das situações dos casos estudados (Cazorla, 2003).

Segundo Fonseca (1996), os testes não paramétricos são muito interessantes para os dados qualitativos quando se trabalha com amostras pequenas, ou seja, inferiores a $n = 30$.

Os principais representantes da estatística não paramétrica são os testes de Qui Quadrado, de Wilcoxon, de Mann-Whitney, da Mediana e de Kruskal-Wallis. Considera-se o mais importante e popular Qui quadrado adotado para

as variáveis gênero, PRIME-MD, ABIPEME, ocupação, queixa, anamnese e Qualidade da Saúde.

Distinta da estatística paramétrica que trata de testes para variáveis razão e intervalares, a estatística não paramétrica aborda os testes para variáveis nominais e ordinais.

Para a análise da hipótese de igualdade entre dois grupos experimentais e comparativo utilizou-se o teste t de Student (Rosner, 1986), para as variáveis quantitativas e o teste Qui-quadrado (Rosner, 1986), para as variáveis qualitativas, descritas acima.

Para averiguar o comportamento dos grupos considerando as condições estudadas fez-se uso da técnica Análise de Variância (ANOVA) com medidas repetidas (Timm, 1975), que consiste no ajuste de modelo linear multivariado a partir do qual as seguintes hipóteses foram testadas:

- H_{01} : os perfis médios de resposta correspondentes aos grupos são paralelos, ou seja, não existe interação entre o fator grupo e o fator condição de avaliação.
- H_{02} : os perfis médios de resposta são coincidentes, ou seja, não existe efeito do fator grupo.
- H_{03} : os perfis médios de resposta são paralelos ao eixo das abscissas, ou seja, não há efeito do fator condição de avaliação.

As hipóteses H_{02} e H_{03} só foram testadas quando não se rejeitou H_{01} . Caso contrário foi testado hipótese de igualdade entre subconjuntos dos grupos e entre as condições avaliadas.

A estatística de Wilks, com a aproximação para a estatística F, foi utilizada no teste das hipóteses acima.

O nível de significância utilizado para os testes foi de 5%.

Para a análise da hipótese de igualdade entre as amostras utilizou-se o teste estatístico t de Student (Rosner, 1986).

O teste de Wilcoxon é medida não paramétrica utilizada para comparar duas variáveis qualitativas ordinais com dados pareados, pré e pós tratamento que trabalha com os postos das diferenças entre as variáveis. O teste considera a mesma distribuição e a magnitude da diferença dos pares, conforme tabela 10 nos anexos. É procedimento usado com duas variáveis relacionadas para testar a hipótese de que duas variáveis têm a mesma distribuição,

A Análise de Variância (ANOVA), teste paramétrico indicado quando se deseja avaliar a significância entre diferenças envolvendo duas ou mais amostras, onde se exige que haja verificação de diferenças significativas.

Elegeu-se a análise do comportamento do grupo experimental no que se refere ao desempenho entre o pré e pós tratamento, uma vez que o objetivo geral do presente estudo foi o de averiguar a efetividade da técnica de *biofeedback* como tratamento auxiliar para migranosos crônicos, através de avaliação da qualidade de vida pelo *Multidimensional Pain Inventory* (MPI), antes e depois da intervenção.

Foram definidos inicialmente como objetivos específicos: a) identificar correlações e ou associações entre variáveis dependentes, aquelas em que seriam derivadas da manipulação ou de condições experimentais e, por outro lado, as variáveis independentes, ou seja, "independentes" dos padrões de reação inicial, intenções e características dos sujeitos da pesquisa (unidades experimentais); e b) levantar fatores de melhora nos doentes tratados com o *biofeedback*.

Sabe-se que técnicas farmacológicas e não farmacológicas obedecem a critérios de indicação, aplicação e terapêutica próprias, e o estudo para comparar a eficácia entre os dois métodos deveria obedecer a critérios próprios. Assim, o desenho do estudo que ora se apresenta não objetivou a comparação da eficácia entre as duas modalidades, terapêutica farmacológica e treinamento pelo *biofeedback*, quanto à prevenção de crises o que para tanto deveria considerar princípios metodológicos para os quais não foi desenhado.

Friza-se que os objetivos (geral e específicos) pelos quais o estudo foi orientado torna-se de interesse, pelo que preconiza Last (1995), quando estabelece o verbete *effectivity*, descrito como a medida do benefício da intervenção, ou seja, no presente estudo o treinamento com o *biofeedback* em 10 sessões aplicados a doentes com migrânea, considerada a sua eficácia que constitui-se da melhora não exclusivamente a analisa através da intensidade e/ou freqüências de crises, como habitualmente se encontra na literatura, mas ajuizando os resultados relativos à qualidade de vida, seja quanto aos sintomas

de incapacidade psicológica, relacional e social, bem como a aceitação a quem é oferecida.

Levando-se em consideração os achados de Ravani (2005) que considera como determinantes de pobre ou bom prognóstico de tratamentos os escores da escala interferência da vida do MPI foram considerados como de interesse para o atual objeto de estudo.

Foi realizada análise dos resultados obtidos por diferentes submodalidades do grupo experimental em que foram subdivididas quanto à:

1. Presença ou não de anormalidades mentais,
2. Tipos de desfecho em relação à qualidade de vida atribuída através do Qp do PRIME-MD
3. Tipos de desfecho em relação qualidade da queixa inicial
4. Tipos de desfecho em relação aos gêneros
5. Classificação de características estabelecidas pelo MPI como doentes intitulados disfuncionais (dysfunctional - DYS) conforme o preconizado pelos autores do instrumento, onde se observa titulação baixa para percepção da dor, alta intensidade de dor, alta interferência nas atividades e alto estresse emocional; os doentes classificados como com alto estresse interpessoal (Interpersonal distress - ID) em que ocorre a crença em que não há apoio dos entes queridos; e os doentes classificados como com enfrentamento ativo (active copers - AC) observando-se alto suporte social e controle da vida e pouca intensidade de dor.

5 - Resultados

A análise estatística visou organizar os dados e apresentá-los de forma a possibilitar a apreensão de informações subjacentes, elucidar os objetivos do trabalho, a relação entre variáveis categóricas e numéricas, onde as observações puderam ser classificadas para posterior análise, pois permitiram testar a existência de relações entre diferentes variáveis.

A sistematização possibilitou a caracterização, diferenciação, classificação e análise tanto para o grupo experimental como grupo comparativo, obedecendo alguns critérios, porém, o maior interesse da presente casuística recai sobre a amostra experimental.

As amostras foram compostas segundo os seguintes grupamentos: amostra total ($n = 60$), subdivididas em grupo experimental ($n = 30$) e grupo comparativo ($n = 30$).

A distribuição dos doentes quanto aos gêneros, estado civil, classificação socioeconômica, religião, escolaridade e ocupação estão presentes na tabela 4 nos anexos.

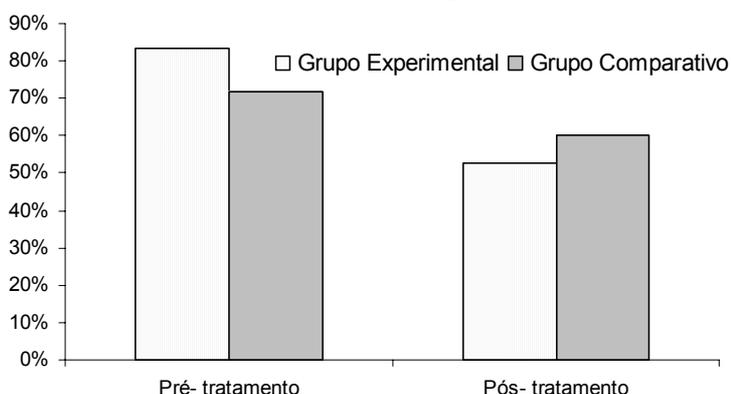
Na amostra total foram 15 (25%) do gênero masculino e do feminino 45 (75%). No grupo experimental houve a ocorrência de 11 (36,6%) doentes do gênero masculino e 19 (63,3%) do feminino, e no grupo comparativo 4 (13,3%) de doentes do gênero masculino e 26 (86,6%) do gênero feminino.

As idades variaram entre a mínima de 20 anos e máxima 60 anos. A mediana das idades foi de 42 anos para amostra total (desvio padrão de 12,3), para a experimental foi de 38,5 anos (desvio padrão de 12,5) e para a comparativa de 44,5 anos (desvio padrão de 12,2).

A mediana de intensidade de dor na amostra experimental deslocou-se do pré-tratamento 5,0 (83,3%) para no pós-tratamento 3,15 (52,5%) e na amostra comparativa de 4,3 (71,6%) para 3,6 (60%) numa escala de 0 á 6, conforme estabelece o MPI. O deslocamento percentual seria compatível a redução de 30,8% e de 11%, respectivamente.

O gráfico 1 abaixo objetiva evidenciar o comportamento das amostras submetidas aos diferentes tratamentos em relação à escala intensidade de dor e observar-se que embora houvesse deslocamento à menor nos dois grupos o grupo experimental obteve maior deslocamento.

Gráfico 1 – Comportamento dos grupos experimental e comparativo no pré e pós tratamento relativos à escala intensidade de dor, segundo critérios do MPI.



A maioria dos doentes, segundo a ABIPEME (Associação Brasileira dos Institutos de Pesquisa de Mercado) enquadrou-se na classificação C na amostra total 26 (43,3%), na experimental 12 (40%) e na comparativa 14 (46,6%), seguida pela D, na mesma seqüência descritiva 19 (31,6%) doentes para a amostra total, 8 (26,6%) dos doentes para a experimental e 11 (36,6%) para a comparativa. Não houve ocorrência de doentes que se classificaram na classe E e A.

Segundo relato dos doentes descreveu que estão trabalhando atualmente 20 (30,3%) dos doentes da amostra total, 11 (36,6%) da experimental e 9 (30%) dos doentes da amostra comparativa. Seguidos de doentes que descreveram suas atividades como prendas domésticas 16 (26,6%) na amostra total, 7 (23,3%) dos doentes da experimental e 9 (30%) doentes na comparativa. Os que referiram estarem desempregados foram 15

(25%) na amostra total, 8 (26,6%) na experimental e 7 (23,3%) na amostra comparativa.

A mediana de número de anos de estudo relatada foi de 8 anos, tanto para amostra total como para a experimental, enquanto que para a comparativa ficou em 7,5 anos.

Ocorreu relato de opção religiosa para a de evangélicos em maior número do que de católicos. Evangélicos declaram-se na amostra total 29 (48,3%), na experimental 12 (40%) e 17 (56,6%) na comparativa. Dentre os que se declararam católicos na amostra total foram 25 (41,6%), na experimental foram 16 (53,3%) e na comparativa 9 (30%).

Declararam-se casados ou amasiados na amostra total 27 doentes (45%), na experimental 14 (46,6%) e na comparativa 13 (43,3%) dos doentes. Os demais referiram não haver relação afetiva estável ou constante, seja por condição de viuvez, divórcio, separação ou desquite, ou serem solteiros, o que perfaz para amostra total 33 (54,9%) doentes, na experimental 16 (53,3%) e na amostra comparativa 17 (56,6%) doentes.

A distribuição dos doentes quanto critérios psicopatológicos estabelecidos pelo PRIME-MD, características das queixas, da anamnese psicológica na identificação de conflitos psicológicos e atribuição de qualidade da saúde, apresentados na tabela 5a, nos anexos.

As queixas iniciais dos doentes entrevistados versaram principalmente sobre aspectos físicos exclusivamente em 23 (38,3%) dos doentes da amostra total, em 7 (23,3%) Para a amostra experimental e para a amostra comparativa

16 (53,3%) doentes. Para os aspectos afetivo-emocionais, exclusivamente, obteve-se 13 doentes (21,6%) da amostra total, sendo 11 (36,6%) doentes da amostra experimental e 2 (6,6%) da comparativa. Os aspectos físicos e afetivo-emocionais, conjuntamente, ocorreram em 17 (28,3%) dos doentes da amostra total, para amostra experimental ocorreu em 9 (30%) dos doentes e em 8 (26,6%) para a mostra comparativa, como consta da tabela 5, nos anexos.

A anamnese psicológica identificou conflitos pré-morbido à situação de dor em 18 (30%) doentes da amostra total, em 13 (43,3%) dos da amostra experimental e 5 (16,6%) da amostra comparativa. Os conflitos psicológicos secundários a dor foram identificados em 17 (28,3%) doentes da amostra total, em 5 (16,6%) da amostra experimental e em 12 (40%) da amostra comparativa.

Segundo o relato dos doentes ao questionário acerca da qualidade da saúde, anexo ao Qp do PRIME, obteve-se que a consideravam ruim 7 (23,3%) doentes da amostra total, 3 (10%) doentes da experimental e 4 (6,6%) da comparativa. Nenhum doente considerou sua saúde excelente. Os demais alegaram considerar sua saúde entre muito boa, boa e razoável, respectivamente, na amostra total, 16 (26,6%), 15 (25%), 22 (36,6%), na experimental - 7 (23,3%), 7 (23,3%), 13 (43,3%) - e na comparativa 9 (30%), 8 (26,6%), 9 (30%), respectivamente.

Ao final do tratamento, ao término da última sessão, após responderem à reaplicação do MPI, os doentes do grupo experimental foi proposto que discorressem livremente acerca de como consideraram o tratamento.

Conforme tabela 6 dos anexos, a análise qualitativa das queixas dos doentes do grupo experimental evidenciou que em 23 (76,6%) a dor estaria vinculada a atribuição de sentido simbólico associado ao seu aparecimento ou a sua manutenção. Nos demais 7 (23,3%) doentes não identificaram seus sintomas intervenientes independentes. O relato destas queixas com sentido psicológico associados à dor estaria acompanhado de problemas familiares em 6 (20%) doentes, por problemas de relacionamento sexual ou conjugal em 10 (33,3%) doentes, os que se referem à dor como influenciando em funções psíquicas, ou psicológicas como expiação, nervoso ou irritação, tensão, “sentir-se para baixo”, em funções mentais como memória, atenção e concentração, ou em atividade como sentimento de inutilidade ou inadequação, conforme apresentada nos anexos.

Para 18 (60%) doentes a melhora da dor estaria relacionada à condição psicológica, sendo que para 14 (46,6%) doentes estaria relacionada exclusivamente a melhora de condições psicológicas como relacionamento interpessoal, conjugal, afetivo e psicocomportamental. Dois doentes identificaram a melhora unicamente com o incremento do conhecimento da condição psicofisiológica. Em 4 (13,3%) deles primariamente foi identificado com o manejo da condição psicofisiológica, além de aspectos psicológicos associados. Sete (23,3%) doentes descreveram que o efeito de melhora através de índices numéricos, com frases como: “Dor melhorou 70% e outras coisas também. Estava preso e agora bem melhor comigo mesmo, sem receios e mais confiante. Agora não dependo mais, nem do remédio”, “Qualidade de vida

melhorou de 10 para 20 e a dor melhorou uns 60 a 70%“, “Melhorou 60% e que deveria haver mais sessões para que obtivesse maior melhora”, “Já não tem episódios de dor diz que se sente apta para suportar dor em 1 ou 2”, “Melhorou a dor passou de 6 para 2, mas gostaria de ter melhorado a dependência” e “Melhorou 50% e o resto fica para quando encontrar emprego”. Três (10%) dos doentes não relataram peremptoriamente que perceberam melhora, como consta da tabela 6a, nos anexos.

Para a análise da hipótese de igualdade utilizou-se o teste estatístico *t* de Student, conforme tabela 7, nos anexos, cujo resultado significativo ocorreu para o grupo experimental nas secções intensidade de dor, controle da vida, respostas distrativas, tarefas domésticas, tarefas externas, atividades distrativas e atividade geral. Para o grupo comparativo ocorreu nas escalas controle da vida e tarefas externas.

Seguindo-se a análise dos resultados comparativos pelo cálculo das significâncias do qui-quadrado (χ^2) que compara as freqüências absolutas e não os escores médios; ocupou-se da distinção entre as freqüências esperadas e as obtidas (observadas). Desta forma foi possível graduar a associação entre a amostra estudada e as variáveis já descritas. Quando, pelo qui-quadrado (χ^2), o *p* foi inferior a 0,05 (calculado com 0,0001), foi considerado haver associação forte entre os dados analisados.

Para a análise da hipótese de igualdade entre dois grupos para as variáveis qualitativas utilizou-se o teste Qui-quadrado (Rosner, 1986), de acordo

com a tabela 8, nos anexos, que houve significância para a amostra experimental no PRIME (0,048379), ocupação (0,035172), queixa (0,015037) e qualidade da saúde (0,034067). Para a amostra comparativa nos tópicos gênero (0,000059), ABIPEME (0,002262) e queixa (0,000037).

O teste de Wilcoxon obteve-se para o grupo experimental mesma distribuição significativa diferença nas secções do MPI intensidade de dor (0,0000141), controle da vida (0,0122982), respostas negativas (0,01417162), respostas distrativas (0,02853637) e atividade distrativa (0,01201778). Para o grupo comparativo os resultados obtidos foram significativos para intensidade de dor (0,038688) e tarefas externas (0,022864).

Os itens interferência na vida, sentimento de apoio, intensidade da dor, tarefas domésticas e atividade social pelo teste da análise de variância (ANOVA) os grupos experimental e comparativo não diferiram no comportamento, nem nas médias pré e pós tratamentos e nem se alteraram ao longo das avaliações.

Nos itens controle da vida, respostas negativas e respostas solícitas diferiram quanto ao comportamento. No grupo experimental obteve-se um acréscimo significativo do pré para o pós tratamento e o grupo comparativo não obteve alteração significativa do pré para o pós tratamento.

Sofrimento afetivo, respostas distrativas, tarefas externas, atividades distrativas e atividade geral os grupos experimental e comparativo não diferiram no comportamento, nem nas médias pré e pós tratamentos e se alteraram ao

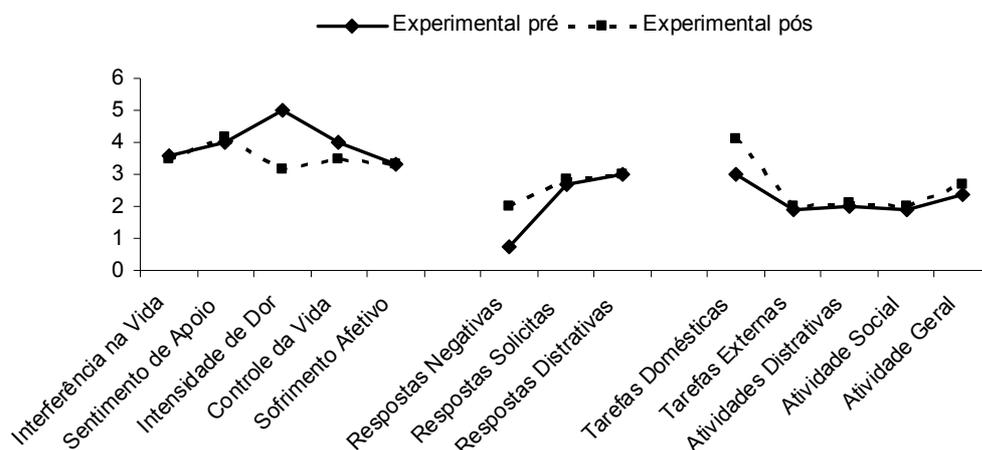
longo das avaliações, os dois grupos apresentaram acréscimo significativo, conforme tabela 7, nos anexos.

Observaram-se maior deslocamento à menor para intensidade de dor, respostas negativas e à maior para tarefas domésticas, através do estudo das medianas do MPI.

Valeram-se dos resultados do comportamento do grupo comparativo para efeito de atribuir admissíveis intervenientes e, se ocorressem ser passível de análise, o que nortearia o trabalho como um todo. Todavia, os objetivos estabelecidos para o atual estudo não foram estabelecidos para que fosse direcionado para a análise comparativa entre os dois grupos, experimental e comparativo, como que na tentativa de avaliar a eficácia de qualquer uma das técnicas utilizadas.

O que decisivamente contribui para que haja pobre prognóstico (Ravani, 2005) dos tratamentos da amostra experimental, quanto ao setor experiência da dor a escala que mais colaborou para que houvesse redução nos escores foi a escala de intensidade de dor. No setor participação o de outrem que envolvem respostas negativas, solícitas distrativas, as primeiras é que evidenciaram maior deslocamento a menor. No setor atividade geral, o deslocamento a maior foi observado para a escala tarefas domésticas, conforme gráfico abaixo.

Gráfico 2 – Comportamento das medianas das escalas do MPI do grupo experimental no pré e pós tratamento.



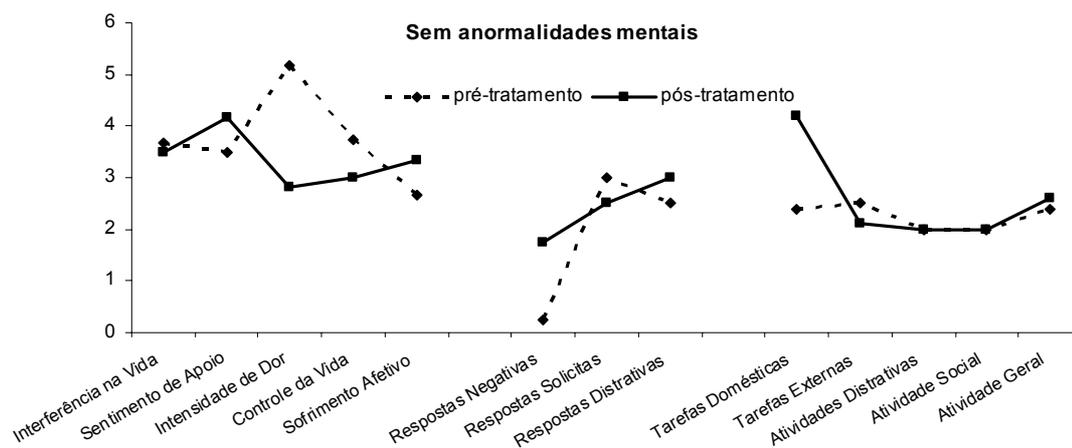
As seis categorias foram classificadas para aclarar o entendimento dos padrões obtidos e objetivos específicos do presente estudos.

Quanto à presença ou não de anormalidades mentais os dados obtidos segundos os critérios do PRIME-MD revelaram que 23 (38,3%) doentes da amostra total, 11 (36,6%) doentes da amostra experimental e 12 (40%) da comparativa foram diagnosticados com transtorno de ansiedade. Foram considerados “sem anormalidades mentais” os doentes classificados no item “nenhum diagnóstico efetuado em qualquer módulo” da folha de resultados (resumo dos diagnósticos) do PRIME-MD, excetuando-se os que receberam outros diagnósticos psicopatológicos. Apresentaram-se sem anormalidades mentais 19 (31,6%) doentes da amostra total, 10 (30%) da amostra experimental e em 9 (33,3%) da comparativa. Transtorno depressivo foi

diagnosticado em 16 (26,6%) doentes da amostra total, em 9 (33,3%) da experimental e em 8 (26,6%) doentes da comparativa. Dois doentes da amostra comparativa apresentaram diagnósticos de uso abusivo de álcool.

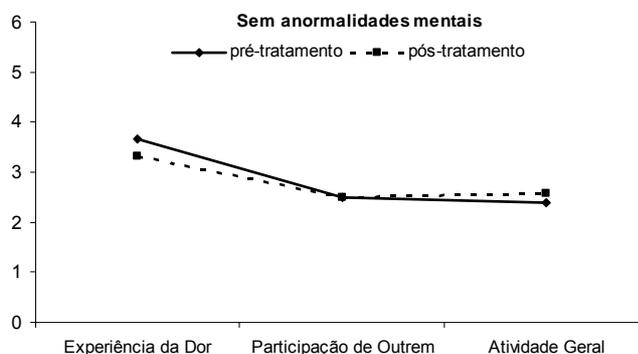
Para o grupo experimental observou-se que os doentes sem anormalidades mentais o comportamento com relação às medianas nas setores e diferentes escalas do MPI obteve-se melhora nas escalas sentimento de apoio, intensidade de dor, menos respostas negativas e melhora nas tarefas domésticas, conforme gráfico abaixo.

Gráfico 3 – Comportamento das escalas do MPI em doentes diagnosticados pelo PRIME-MD sem anormalidades mentais no pré e pós tratamento.



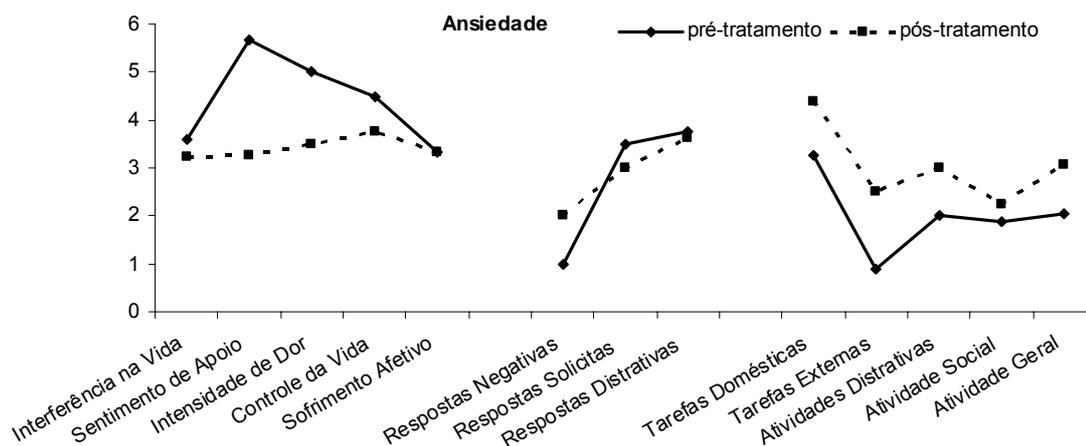
O desempenho dos doentes para a análise do segmento dos setores experiência da dor, participação de outrem e atividade geral foi discreto, conforme evidencia o gráfico 4, havendo deslocamento à maior quanto a experiência da dor e atividade geral, enquanto que não houve deslocamento para participação de outrem.

Gráfico 4 – Comportamento dos setores do MPI em doentes diagnosticados pelo PRIME-MD sem transtornos mentais no pré e pós-treatmento.



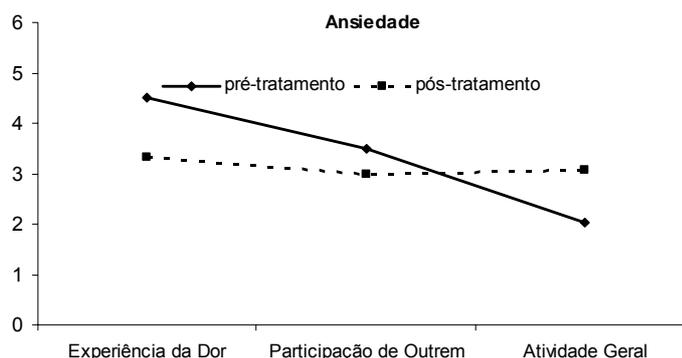
Em doentes que foram identificados através do PRIME-MD com diagnóstico de transtorno de ansiedade o comportamento entre pré e pós treatmento foi melhor nas escalas sentimento de apoio, intensidade de dor, controle da vida, respostas negativas, tarefas domésticas, tarefas externas, tarefas distrativas e atividade geral, de acordo com gráfico 5.

Gráfico 5 – Comportamento nas escalas do MPI dos doentes diagnosticados pelo PRIME-MD com transtornos de ansiedade no pré e pós-treatmento.



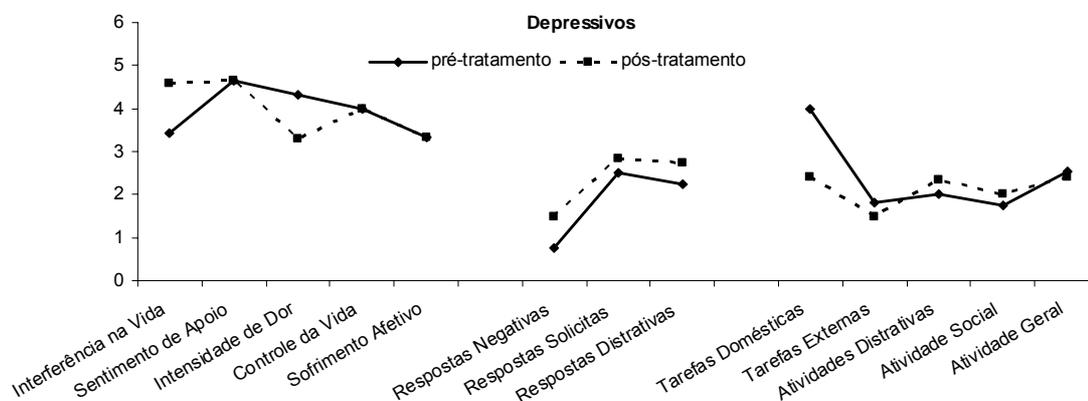
Ocorreu comportamento deslocamento a menor em doentes com transtorno de ansiedade para experiência da dor e participação de outrem e aumento para a atividade geral, de acordo com gráfico 6.

Gráfico 6 - Comportamento dos setores do MPI em doentes diagnosticados pelo PRIME-MD com transtorno de ansiedade no pré e pós-tratamento.



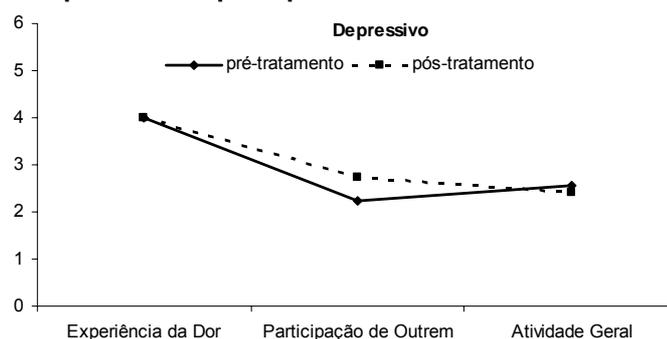
Em doentes que apresentaram diagnóstico, segundo os critérios do PRIME-MD, de transtorno depressivo, observou-se melhora entre o pré e o pós tratamento nas escalas intensidade de dor, no setor participação de outrem, ou seja, respostas negativas, solicitas e distrativas e tarefas domésticas. No entanto, os doentes referiram no pós tratamento maior interferência na vida, conforme gráfico 7.

Gráfico 7 – Comportamento das escalas do MPI em doentes diagnosticados pelo PRIME-MD com transtornos depressivos no pré e o pós tratamento



Em doentes com transtorno depressivo observou-se que ocorreria melhora quanto á participação de outrem, porém nos setores experiência da dor e atividade geral não ocorreria modificação, conforme evidencia gráfico 8.

Gráfico 8 - Comportamento dos setores do MPI em doentes diagnosticados pelo PRIME-MD com transtorno depressivo no pré e pós-tratamento.



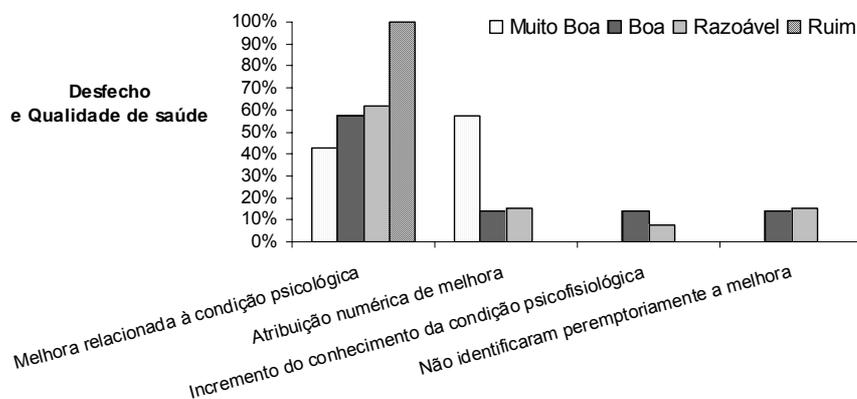
Quanto aos tipos de desfecho em relação à qualidade de vida atribuída através do Qp do PRIME-MD, observou-se nos doentes do grupo experimental que atribuíram o qualificador razoável à sua saúde no Qp do PRIME-MD, 8 (26,6%) doentes e manifestaram-se ao final do tratamento com melhora relacionada à condição psicológica. Dentre aqueles que atribuíram qualidade de saúde entre muito boa e boa respectivamente, 7 (23,3%) doentes, mais 7 (23,3%) doentes. Dos primeiros 4 (13,3%) doentes ao final do tratamento, desfecho, alegaram a melhora relacionada melhoria da condição psicológica, conforme tabela 1 e gráfico 9 abaixo.

Tabela 1 - Comportamento em frequência simples e porcentagem em relação ao desfecho e atribuição de qualidade de saúde através do Qp do PRIME-MD

Desfecho X Qualidade da Saúde	Melhora relacionada à condição psicológica	Atribuição numérica de melhora	Incremento do conhecimento da condição psicofisiológica	Não identificaram peremptoriamente a melhora
Muito Boa	3 (10%)	4 (13,3%)	0	0
Boa	4 (13,3%)	1 (3,3%)	1 (3,3%)	1 (3,3%)
Razoável	8 (26,6%)	2 (6,6%)	1 (3,3%)	2 (6,6%)
Ruim	3 (10%)	0	0	0
Total	18 (60,0%)	7 (23,3%)	2 (6,6%)	3 (10,0%)

Conforme indicado na tabela acima, a maior parte dos doentes 18 (60,0%) referiu melhora relacionada à condição psicológica.

Gráfico 9 – Comportamento da amostra experimental em relação à atribuição de qualidade de saúde através do Qp do PRIME-MD e ao desfecho do tratamento.



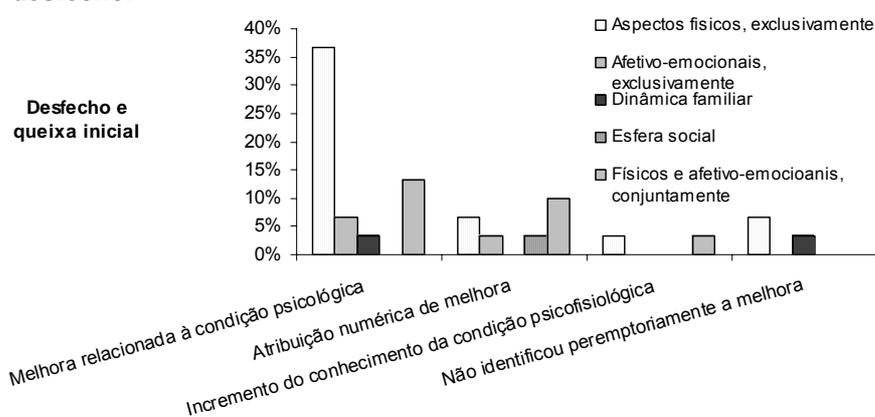
Quanto aos tipos de desfecho em relação qualidade da queixa inicial 11 doentes (36,6%) atribuíram a melhora no pós-tratamento à condição psicológica. Dos doentes com queixas físicas e afetivo-emocionais, conjuntamente, 8 (26,6%) doentes na amostra experimental, 4 (13,3%) doentes

também atribuíram a melhora pós-tratamento à condição psicológica, conforme tabela 2 e gráficos abaixo.

Tabela 2 - Comportamento em frequência simples e porcentagem entre desfecho e queixa inicial

Desfecho X Queixa Inicial	Melhora relacionada à condição psicológica	Atribuição numérica de melhora	Incremento do conhecimento da condição psicofisiológica	Não identificou peremptoriamente a melhora
Aspectos físicos, exclusivamente	11 (36,6%)	2 (6,6%)	1 (3,3%)	2 (6,6%)
Afetivo-emocionais, exclusivamente	2 (6,6%)	1 (3,3%)	0	0
Dinâmica familiar	1 (3,3%)	0	0	1 (3,3%)
Esfera social	0	1 (3,3%)	0	0
Físicas e afetivo-emocionais, conjuntamente	4 (13,3%)	3 (10%)	1 (3,3%)	0
Total	18 (60%)	7 (23,3%)	2 (6,6%)	3 (10%)

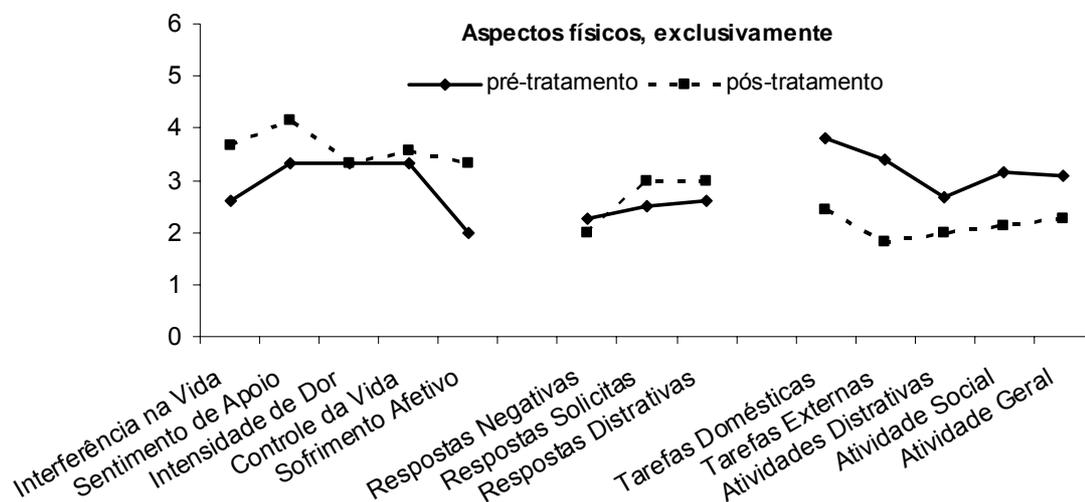
Gráfico 10 – Comportamento da amostra experimental em relação à qualidade da queixa inicial e o desfecho.



Durante a entrevista semi-dirigida inicial as respostas colhidas e categorizadas para a qualidade da queixa que levou os doentes à procura por tratamento na instituição foi encontrado que 16 (53,3%) deles alegaram qualidade da queixa com aspectos físicos, exclusivamente e não correlacionaram a qualquer outro aspecto seu sofrimento ou sintomatologia que não mal-estar físico. De modo geral, o funcionamento dos doentes cuja

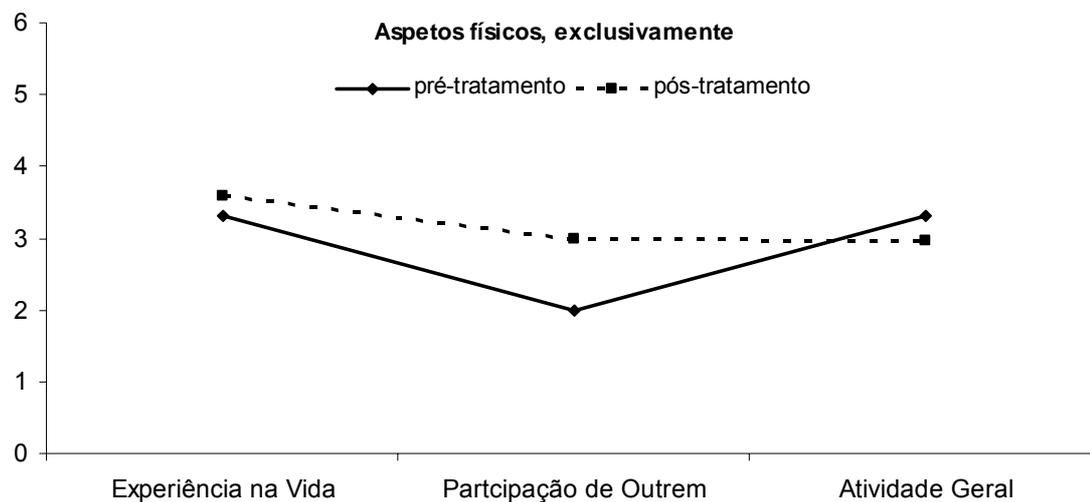
qualidade das queixas foi relacionada à condição exclusivamente física, ocorreu melhora nas escalas para interferência na vida, sentimento de apoio, sofrimento afetivo nos setores experiência da dor e respostas solícitas e distrativa no setor participação de outrem e em todas as escalas do setor atividade geral, conforme gráfico 11.

Gráfico 11 - Comportamento das escalas do MPI em doentes que referiram aspectos físicos, exclusivamente quanto à qualidade da queixa inicial.



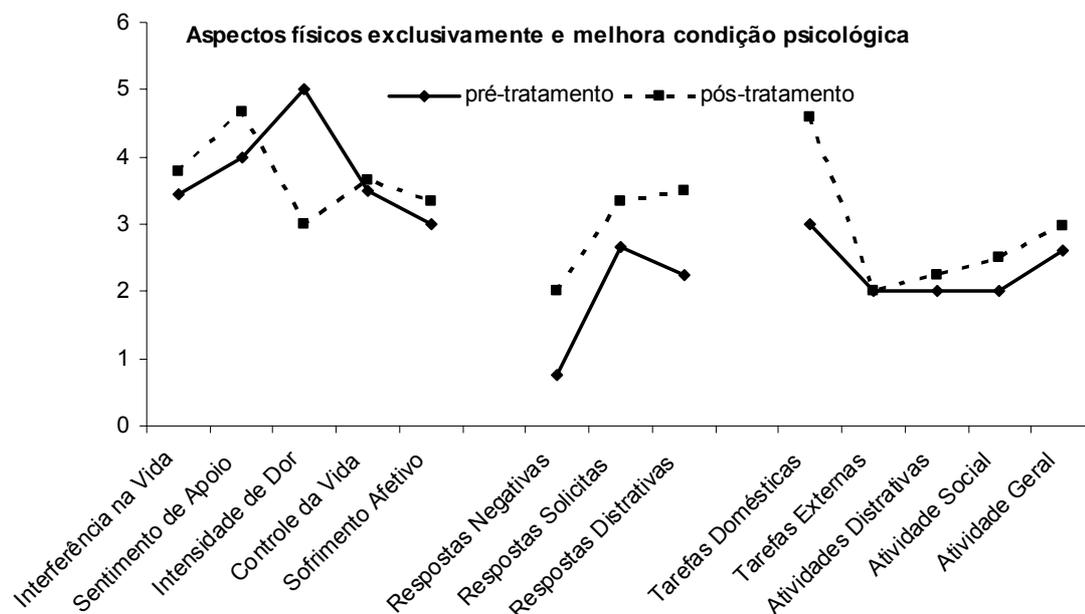
Observa-se que ocorreu menor experiência da dor nestes doentes e maior participação de outrem, de acordo como gráfico 12 abaixo.

Gráfico 12 – Comportamento dos setores do MPI em doentes que referiram aspectos físicos, exclusivamente quanto à qualidade da queixa inicial.



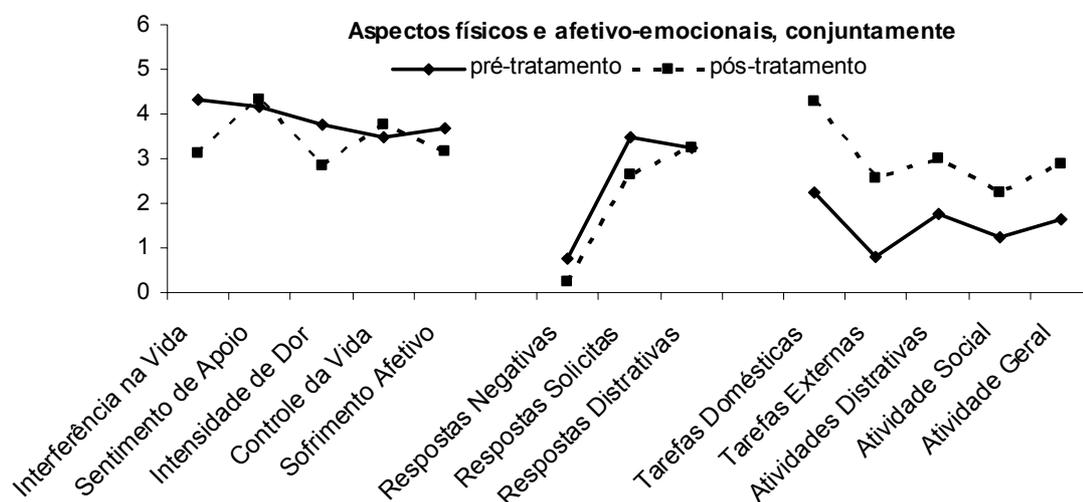
Ressalta-se que ocorreu deslocamento a maior entre o pré e pós tratamento no setor participação de outrem. Haveria concorrência de sintomatologia relacional implícita. Não foi observada deslocamento no setor atividade geral, segundo demonstrado no gráfico 13, abaixo.

Gráfico 13 - Comportamento das escalas do MPI de doentes que referiram aspectos físicos, exclusivamente e desfecho atribuído como melhora da condição psicológica.



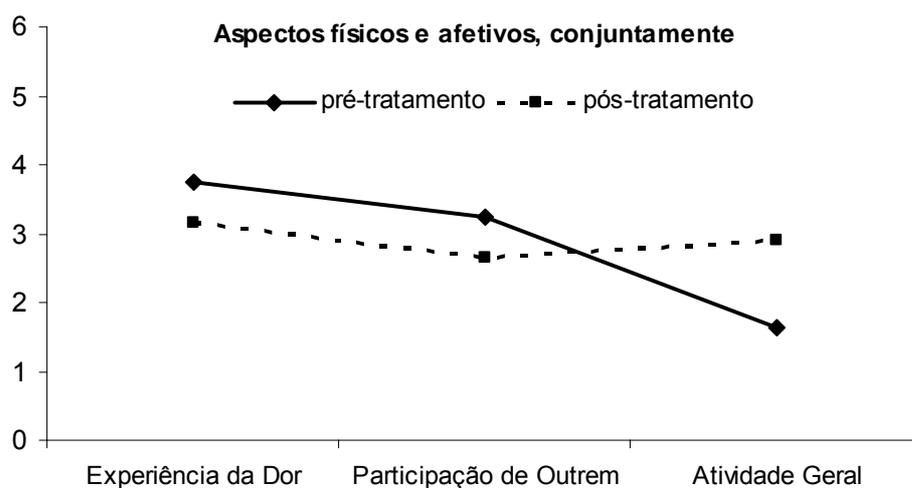
O gráfico 14 evidencia que houve diminuição da interferência na vida, intensidade de dor, e sofrimento afetivo no setor experiência da dor. No setor participação de outrem ocorreu discreta melhora para respostas negativas e solícitas e no setor 3, atividade geral, houve melhora em todas as escalas.

Gráfico 14 - Comportamento das escalas do MPI em doentes que referiram qualidade da queixa inicial aspectos físicos e afetivo-emocionais, conjuntamente.



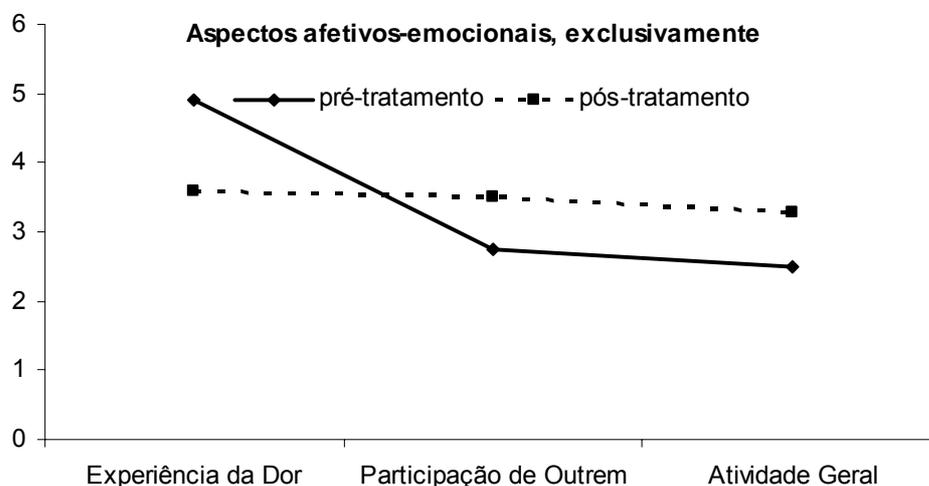
Em doentes que inicialmente apresentaram qualidade de queixas físicas e afetivo-emocionais, conjuntamente, observou-se que ocorrera contígua diminuição nos setores experiência da dor, participação de outrem e, inversamente, melhoria da atividade geral, conforme gráfico 15.

Gráfico 15 – Comportamento dos setores do MPI em doentes que referiram qualidade da queixa inicial, aspectos físicos e afetivo-emocionais, conjuntamente.



Em doentes em que a qualidade das queixas iniciais foram afetivo-emocionais exclusivamente, ocorreu melhora expressiva da experiência da dor quanto a vida relacional, no que se refere ao setor participação do outrem e atividade geral, ou seja, vida produtiva também melhorou, como observa-se no gráfico 16.

Gráfico 16 – Comportamento dos setores do MPI em doentes que referiram qualidade da queixa inicial com aspectos afetivo-emocionais, exclusivamente.



No doente com queixa inicial qualificada como com problemas da esfera social a comparação entre o pré e pós tratamento confirma que a experiência da dor estaria fortemente influenciada por aspectos relacionais, conforme gráfico 1^a, nos anexos.

Em dois doentes que manifestaram qualidade da queixa inicial relacionada a conflitos na dinâmica familiar pode-se observar que não ocorrera melhora em nenhum dos três setores, como mostra gráfico 2a, nos anexos.

Quanto aos tipos de desfecho em relação aos gêneros na presente casuística foram observados no que refere ao que atribuíram no desfecho a

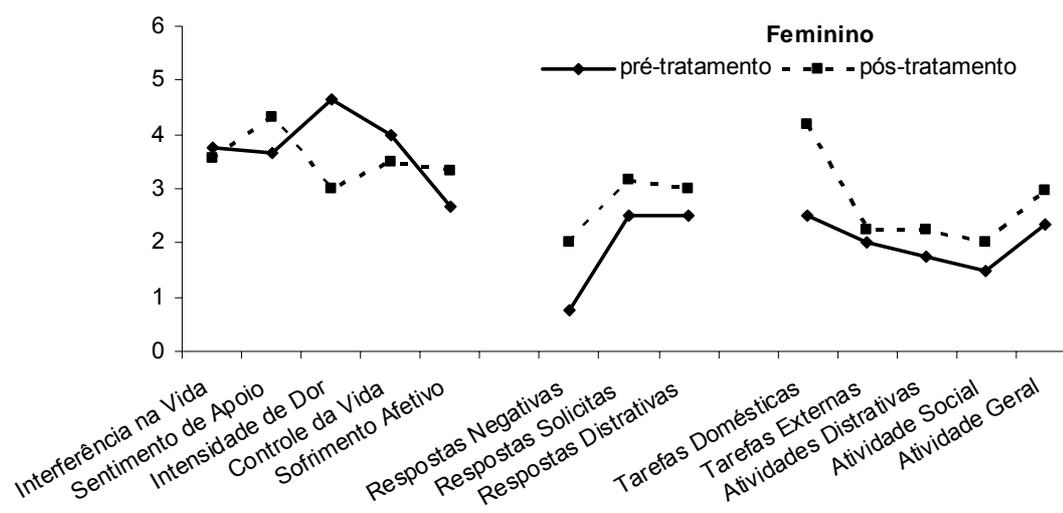
análise evidenciou que a melhora pós-tratamento deveu-se à melhora da condição psicológica em 5 (16,6%) doentes do gênero masculino e em 13 (43,3%) dos do gênero feminino, conforme tabela 3.

Tabela 3 – Comportamento em frequência simples e porcentagem em relação ao desfecho e gênero

Desfecho e Gênero	Melhora relacionada à condição psicológica	Atribuição numérica de melhora	Incremento do conhecimento da condição psicofisiológica	Não identificou peremptoriamente a melhora
Masculino	5 (16,6%)	3 (10%)	2 (6,6%)	1 (3,3%)
Feminino	13 (43,3%)	4 (13,3%)	0	2 (6,6%)
Total	18 (60,0%)	7 (23,3%)	2 (6,6%)	3 (10,0%)

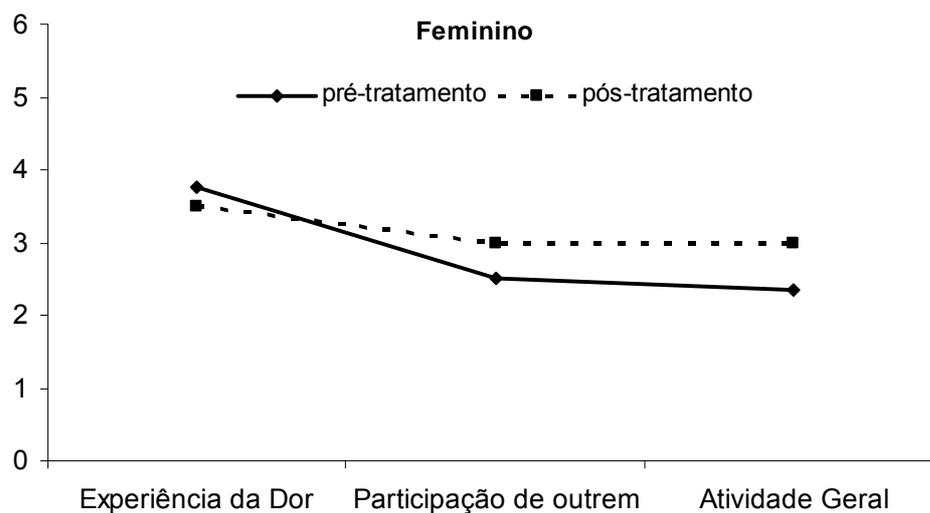
Observa-se pelo gráfico 17 que em doentes do gênero feminino ocorreu melhora em todas as escalas dos setores participação de outrem e atividade geral. No setor experiência da dor ocorreu diminuição para intensidade de dor, controle da vida e sofrimento afetivo e houve discreto aumento para sentimento de apoio, conforme gráfico 17.

Gráfico 17 – Comportamento das escalas do MPI em doentes do sexo feminino em relação ao desfecho.



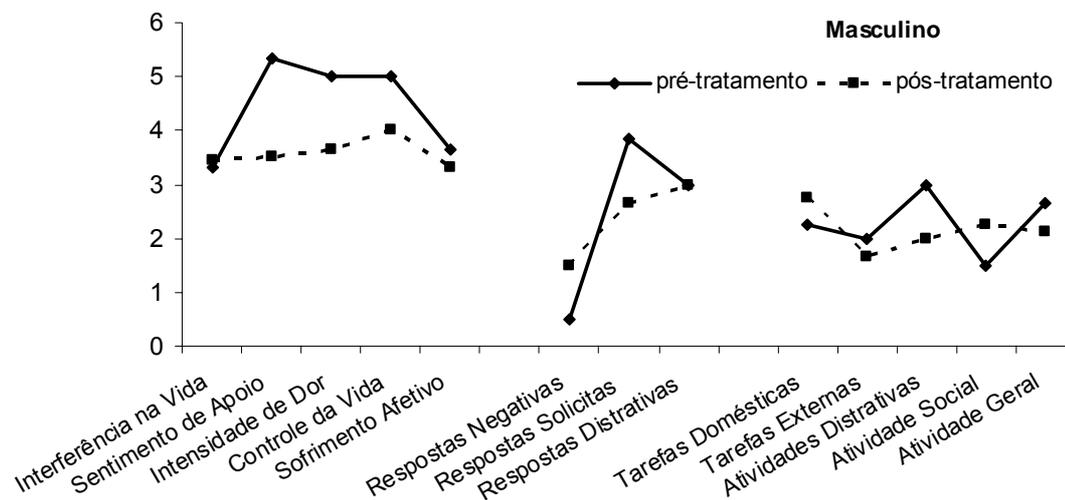
Houve, então, deslocamento a maior para participação de outrem e atividade geral, como mostra o gráfico 18.

Gráfico 18 – Comportamento dos setores do MPI em doentes do sexo feminino.



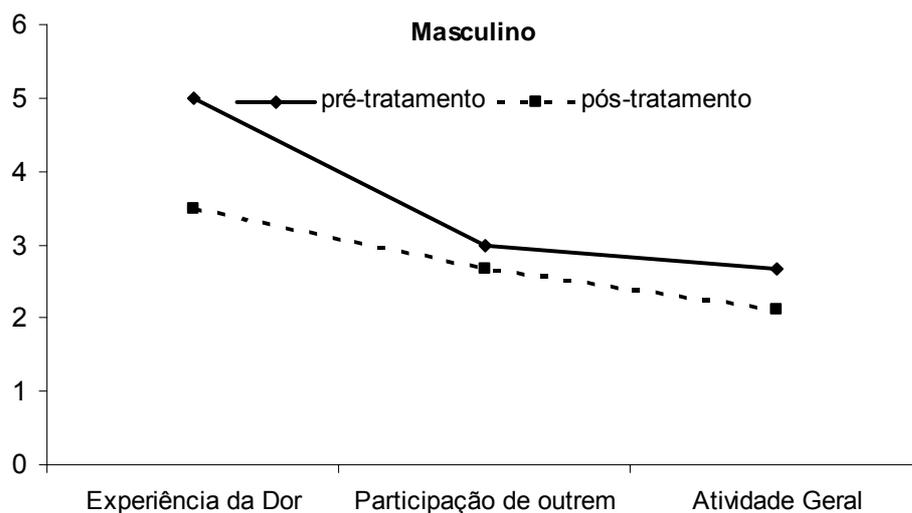
Doentes do gênero masculino mostraram comportamento segundo os critérios utilizados para análise das escalas do MPI, conforme o gráfico 19, com deslocamento a menor para sentimento de apoio, intensidade de dor, controle da vida, sofrimento afetivo, respostas solícitas e melhor desempenho para as escalas atividade social e tarefas domésticas, como o que apresenta gráfico 19.

Gráfico 19 - Comportamento das escalas do MPI em doentes do sexo masculino em relação ao desfecho.



Os três setores do MPI evidenciaram melhora para o gênero masculino, sendo que a mais expressiva foi para experiência da dor, conforme gráfico 20.

Gráfico 20 - Comportamento dos setores do MPI em doentes do sexo masculino em relação ao desfecho.

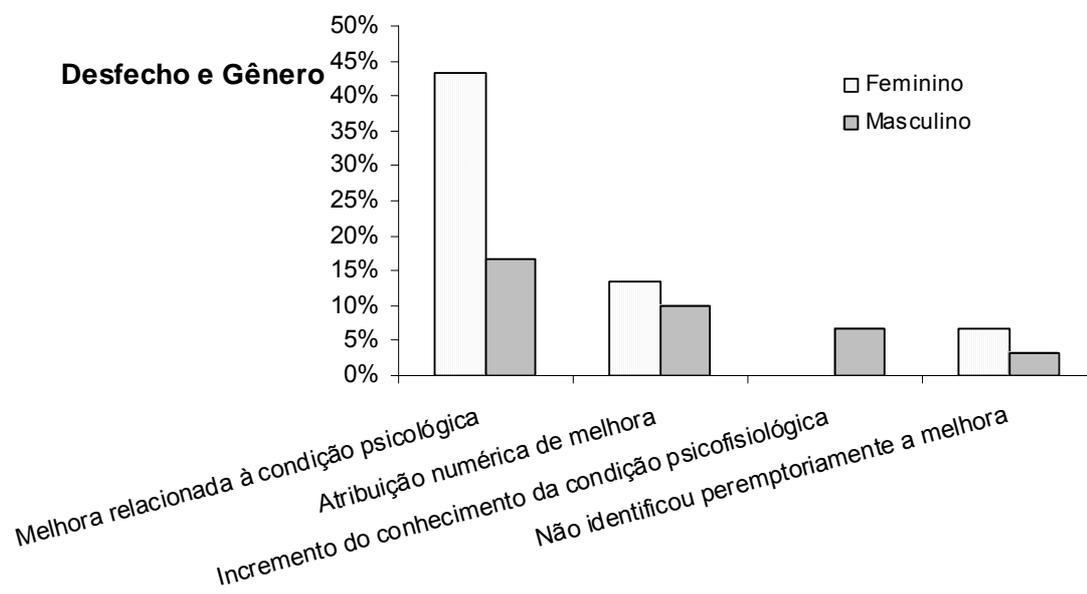


Quanto ao desfecho do tratamento consideraram a melhora da condição psicológica mais expressivamente para os doentes dos dois gêneros 18 (60%), sendo que para o gênero feminino 13 (43,3%) foi mais preponderante, conforme tabela 4 e gráfico 21.

Tabela 4 – Comportamento dos doentes dos gêneros feminino e masculino quanto ao desfecho do tratamento.

Gênero e Desfecho	Melhora relacionada à condição psicológica	Atribuição numérica de melhora	Incremento do conhecimento da condição psicofisiológica	Não identificou peremptoriamente a melhora
Masculino	5 (16,6%)	3 (10,0%)	2 (6,6%)	1 (3,3%)
Feminino	13 (43,3%)	4 (13,3%)	0	2 (6,6%)
Total	18 (60%)	7 (23,3%)	2 (6,6%)	3 (10%)

Gráfico 21 – Comportamento dos sexos feminino e masculino em relação ao desfecho do tratamento.



As respostas quanto à classificação de características estabelecidas pelo MPI considerados os escores baixos das respostas em diferentes escalas

aquelas que ocorreram abaixo de 3,00 (|--|) e os altos onde houve incidência acima de 3,01 (|--).

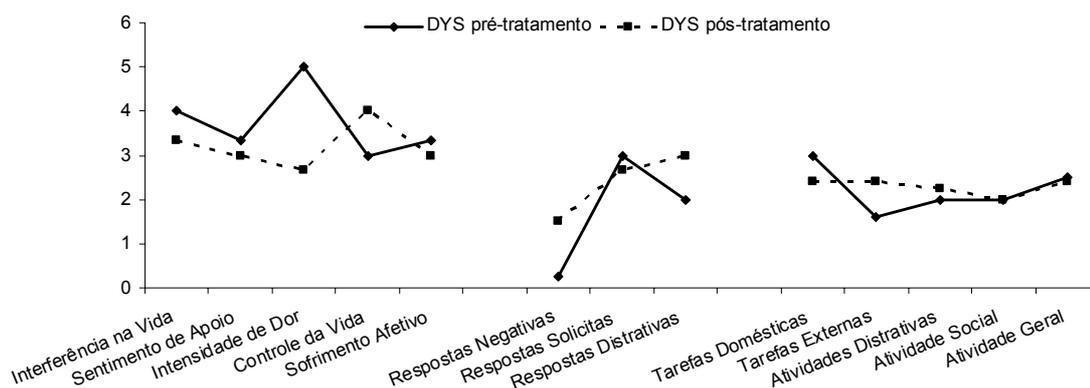
Em doentes categorizados como disfuncionais (*dysfunctionals* - DYS^{SS}), em 9 (30,0%) doentes da amostra experimental, houve a ocorrência de altos escores na titulação para percepção da dor, intensidade de dor, interferência nas atividades e estresse emocional, em que concomitantemente o comportamento entre o pré tratamento e o pós modificou-se para melhor com respeito à maior controle da vida, melhores respostas distrativas e tarefas externas, e conforme esperado menores índices para intensidade de dor, interferência na vida e sofrimento afetivo.

Observou-se a ocorrência na sub-amostra DYS, 3 doentes do gênero masculino e 6 doentes do gênero feminino. Cinco dos 9 doentes manifestaram qualidade das queixas iniciais com aspectos físicos, exclusivamente. Quatro deles referiram qualidade de saúde, seguindo o Qp do PRIME-MD, muito boa e 3 doentes referiram boa. Dois doentes afirmaram estar trabalhando atualmente. Quatro dos 9 doentes aqui classificados evidenciaram-se sem anormalidades mentais, segundo os critérios adotados para o estudo. Quanto ao desfecho do tratamento, 5 doentes alegaram melhora das condições psicológicas e para 4 doentes ocorreu atribuição numérica da melhora.

O gráfico 22 evidencia o comportamento nas escalas do MPI em que houve deslocamento a menor para intensidade de dor, especialmente.

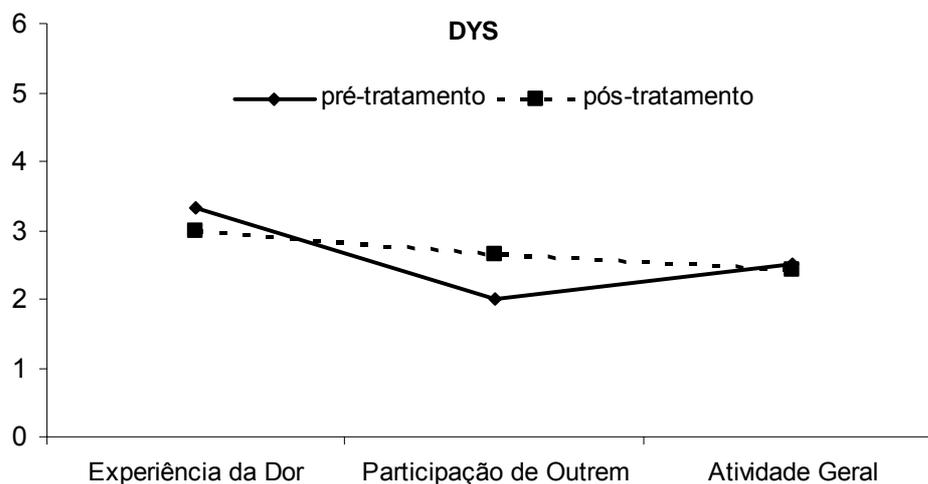
Ressalta-se que o comportamento nos diferentes setores do MPI em que o tratamento contribuiria para a melhora do setor participação de outrem. Na amostra DYS onde o pré teste evidenciou altos escores na titulação para percepção da dor, intensidade de dor, interferência nas atividades e estresse emocional, possivelmente os altos escores estivessem relacionados ao setor participação de outrem.

Gráfico 22 – Comportamento das escalas do MPI para os doentes classificados como DYS.



O comportamento dos setores do MPI para dos doentes classificados como DYS foi de menor experiência da dor e maior participação de outrem, conforme gráfico 23.

Gráfico 23 – Comportamento dos setores do MPI para os doentes classificados como DYS.



Os doentes classificados com alto estresse interpessoal (*Interpersonal distress* - ID) foram 11 da amostra experimental, pois conforme preconizado pelos autores do instrumento MPI, seriam aqueles em que haveria a ocorrência da crença de que não têm apoio dos entes queridos, ou seja, atribuíram valores muito abaixo de 3,00 (--) no setores participação de outrem na fase de inicial da aplicação do MPI, pré-teste. As medianas para este subgrupo foram: respostas negativas (0,75), respostas solícitas (2,16) e respostas distrativas (3,00). E que passaram para o pós teste, respectivamente, as medianas 2,00, 4,00 e 3,50.

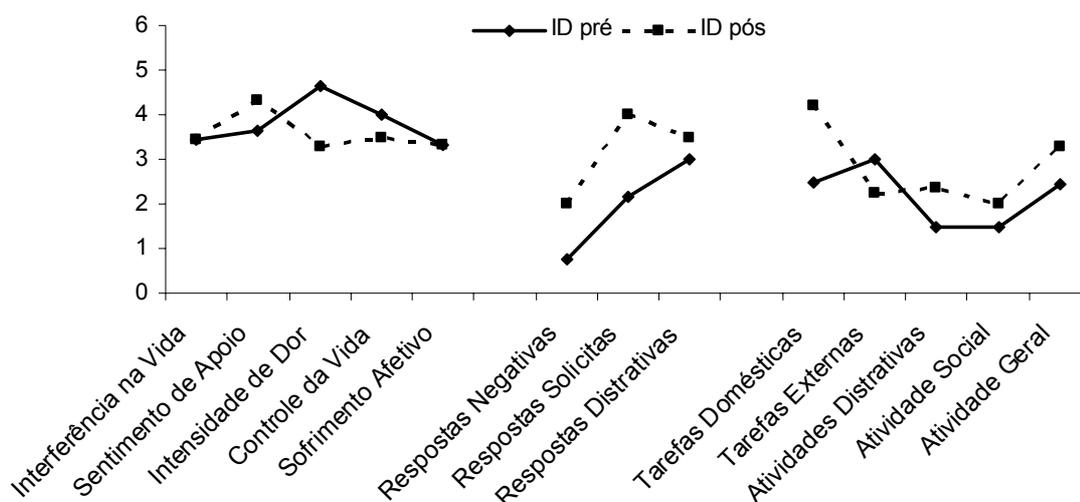
Dos doentes ID, 9 foram do gênero feminino, sendo que também 9 doentes apresentaram transtornos mentais, 4 diagnosticados com transtorno de

ansiedade e 5 com transtorno depressivo. Sete doentes referiram aspectos físicos, exclusivamente, em suas queixas iniciais e 2 aspectos afetivos emocionais, exclusivamente. Cinco doentes afirmaram qualidade da saúde razoável e 3 ruim. Para 2 doentes a qualidade de saúde foi boa e para 1 deles, muito boa.

Para 8 doentes a melhora observada no tratamento foi relacionada à melhora da condição psicológica e 3 doentes não identificaram peremptoriamente melhora.

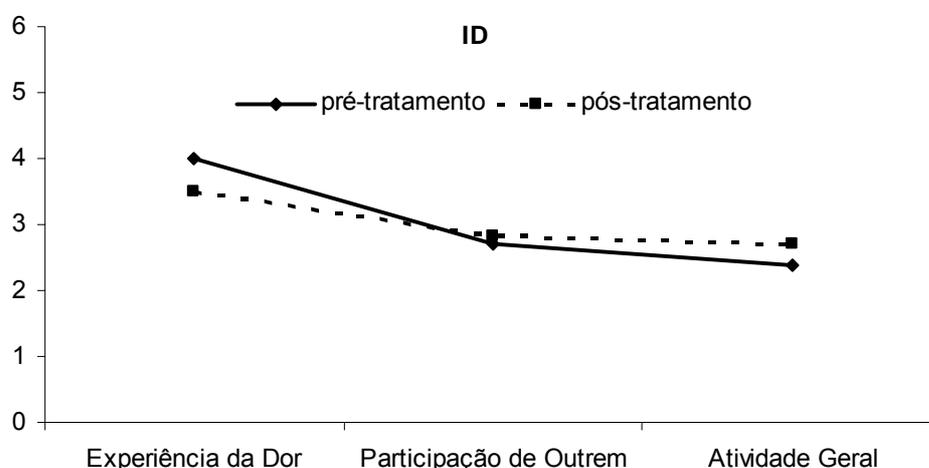
O resultado a análise das medianas entre o pré e pós tratamento, neste subgrupo, revelou que ocorreu diminuição da intensidade de dor, melhora do sentimento de apoio do setor participação de outrem, uma vez que as três escalas estudadas apresentaram titulações a maior. Ocorreu também melhora nas escalas que avaliaram tarefas domésticas, atividades distrativas, atividade social e atividade geral, conforme gráfico 24.

Gráfico 24 – Comportamento das escalas do MPI para os doentes classificados como ID.



Observa-se que neste subgrupo ocorrerá melhora relacionada ao setor experiência da dor e atividade geral. Possivelmente o resultado estaria relacionado a que a intensidade de dor manteria íntima relação com o sentimento de apoio e refletindo-se na participação de outrem, como mostra gráfico 25.

Gráfico 25 – Comportamento dos setores do MPI para os doentes classificados como ID.



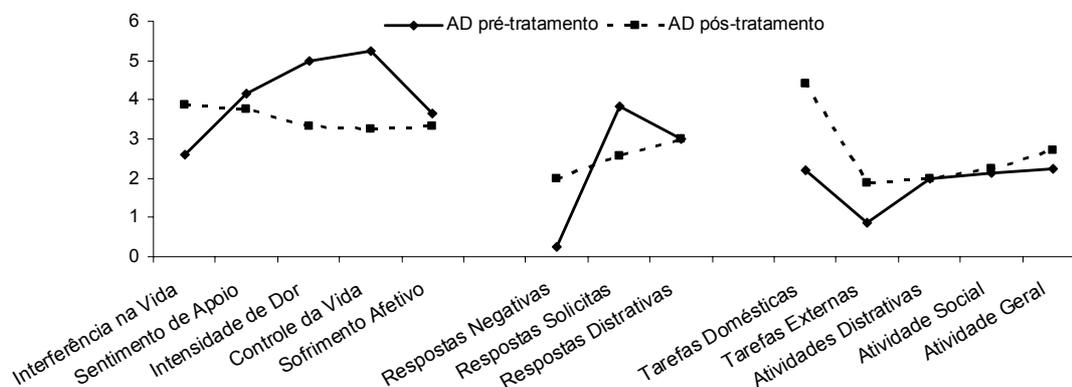
Os doentes classificados como com enfrentamento ativo (*active copers - AC*) foram os que manifestaram respostas no pré-teste com alto suporte social analisados através das escalas sentimento de apoio, controle da vida e pouca intensidade de dor, considerada como menor que 3,00 (---|).

Observou-se a presença de 10 doentes nas condições descritas, sendo 6 gênero masculino e 4 do feminino. Quatro deles apresentaram-se sem anormalidades mentais, 4 com transtornos de ansiedade e 2 com transtornos depressivos. Dois referiram trabalhar atualmente. Quatro doentes manifestaram queixas iniciais referentes a aspectos físicos, exclusivamente e 4 queixas

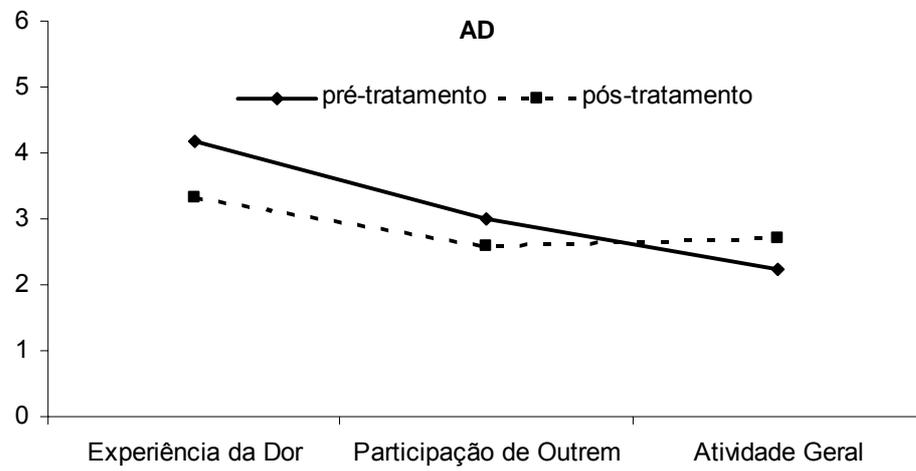
físicas e afetivas, conjuntamente. Quanto á qualidade de saúde, 6 doentes atribuíram no momento de avaliação pré tratamento, razoável. Para 2 doentes a qualidade de saúde era muito boa e para outros 2, boa. Quanto ao desfecho do tratamento 5 doentes alegaram que a melhora acontecera em decorrência da melhora da condição psicológica; 3 doentes fizeram atribuição numérica para a melhora e para 2 doentes houve melhora em consequência do incremento do conhecimento da condição psicofisiológica.

Segundo mostra o gráfico 26 abaixo, observa-se que as escalas intensidade de dor e controle na vida foram as que o deslocamento a menor foi melhor, havendo também bom deslocamento para respostas negativas, tarefas domésticas e externas.

Gráfico 26 – Comportamento das escalas do MPI para os doentes classificados como AD.



Segundo o gráfico 27, ocorrerá melhora nos setores experiência da dor e participação de outrem.

Gráfico 27 – Comportamento dos setores do MPI para os doentes classificados como AD.

6 – Discussão

Quando os resultados foram analisados por mediadas estatísticas paramétricas como a Análise de Variância (ANOVA), que se utiliza para avaliar a significância entre diferenças envolvendo as amostras e se exige que haja verificação de diferenças significativas, verificou-se que nos itens das escalas do MPI para interferência na vida, sentimento de apoio, intensidade da dor, tarefas domésticas e atividade social ocorreu para a amostra experimental melhor desempenho. O efeito do treinamento por *biofeedback* estimulou melhor a integração entre os aspectos citados minimizando a experiência da dor e induzindo às melhoras relatadas acima.

Os dados mostraram que as amostras diferiram quanto ao comportamento ao longo do tempo, em que o grupo experimental obteve acréscimo significativo do pré para o pós teste. O grupo comparativo não obteve alteração significativa, quando da análise paramétrica ANOVA para as escalas controle da vida, respostas negativas e respostas solícitas, pois a atividade do *biofeedback* interferiu no comportamento da amostra a ele submetida proporcionando maior adequabilidade geral.

A comparação entre variáveis qualitativas ordinais com dados do pré e pós tratamento realizada através do teste de Wilcoxon, que trabalha com as

diferenças entre as variáveis, verificou-se que ao testar a hipótese de que duas variáveis tiveram a mesma distribuição. Obteve-se para o grupo experimental distribuição significativamente diferente para intensidade de dor, controle da vida, respostas negativas, respostas e atividade distrativa, o que corrobora com a hipótese de que o tratamento por *biofeedback* permitiu que houvesse, através dos exercícios, ação da atividade psicológica e, também, recuperação do controle de aspectos até então ausentes como o que se verificou em doentes submetidos ao tratamento medicamentoso preventivo de crises do grupo comparativo.

Quando da análise da hipótese de igualdade entre as duas amostras para as variáveis qualitativas e utilização do teste Qui-quadrado, houve significância para a amostra experimental nos quesitos PRIME-MD, queixa e qualidade da saúde. O que motivou a análise dos subgrupos e que se verificou foi que doentes com sintomas de transtornos mentais associaram às queixas migrânicas condições de conflitos psicológicos pré-morbido já presentes há muito, o que seria determinante da qualidade de vida.

O tratamento por *biofeedback* foi efetivo por permitir que pudessem examinar suas atitudes diante de conflitos encobertos, ou talvez inconscientes e, conseqüentemente, o alívio anterior cessou permitindo que houvesse maior habilidade para identificar parâmetros psicofisiológicos relacionados à dor.

A presente casuística foi prevalentemente constituída por doentes de gênero feminino, o que parece corresponder ao que se postula a literatura, seja

do ponto de vista epidemiológico, como fisiopatológicos. Nos Estados Unidos, país de tradição no desenvolvimento de sérios estudos epidemiológicos (Stewart *et al.*, 1992 e Linpton *et al.*, 2001) estima-se que dos 28 milhões de pessoas que sofrem de migrânea, 18% seria constituído de mulheres, enquanto que para doentes do gênero masculino a incidência seria de 6%. Justifica-se a presença de prevalência do gênero feminino no presente estudo também por aspectos fisiopatológicos relacionando a migrânea à agentes hormonais, problemas relacionados aos mecanismos modulatórios nociceptivos.

Compreende-se que a migrânea sofre influencia de hormônios reprodutivos femininos (Holroyd e Penzien, 1990). Não obstante, pesquisa da fisiopatologia e tratamento de transtornos recorrentes de migrânea - com a exceção de pesquisa que focalizou especificamente da influência de hormônios reprodutivos - pouca atenção ainda se dedica á possíveis diferenças de gênero em mecanismos psicofisiológico e suas respostas ao tratamento. Fato que poderia refletir a crença de que os mesmos princípios, mecanismos fisiopatológicos e tratamentos seriam eficientes para homens e mulheres indiferenciadamente.

Numerosos estudos experimentais apresentam possíveis respostas a diferenças de gêneros e resposta à dor induzida por estimulação nociceptiva. Medianas de padrão e tolerância à dor são maiores no gênero feminino do que em sujeitos masculinos para todos os tipos de estímulos dolorosos (Riley *et al.*, 1998).

Mulheres perceberiam a dor em situação experimental com maior intensidade dolorosa que homens assegurando que o fato derivaria da mediação de fibras C (Flor *et al.*, 2000).

O mesmo poderia ser pensado a respeito dos doentes migranosos do presente estudo, já que foi preponderante a presença de indivíduos do gênero feminino nas duas amostras.

A diferença de gênero na percepção da dor decorreria particularmente da capacidade vigorosa para sustentar estímulo temporalmente dinâmico com fortes componentes de fibra C em mulheres (Fillingim *et al.*, 1998).

Sabidamente, o funcionamento cerebral em cada gênero é diferente. A diferenciação sexual nos períodos críticos embrionários reflete-se na estrutura de certos neurônios (Kelly e Jessel, 1997). Além dos hormônios perinatais que impõem roteiro sexo-específico permanente no sistema nervoso em desenvolvimento, o próprio desenvolvimento fornece equilíbrio neurorregulado entre feto e mãe. Admite-se que a sexuação cerebral em períodos críticos do desenvolvimento fetal seria sensível a amplo espectro de esteróides, muitos dos quais não sintetizados no corpo do feto. Haveria virilização experimental do cérebro *in vitro* induzida por exposição a hormônios como testosterona, androstenediona, estradiol ou dietilestilbestrol, barbitúricos ou pesticidas, como o diclorodifenil-tricloroetano. Deste modo, a diferença entre os gêneros não deve estar reduzida à diferenciação gônadal, pois os cérebros desenvolvem-se diferentemente. “Cérebros sexualmente diferenciados têm propriedades fisiológicas e tendências comportamentais diferentes” (Kelly e Jessel, 1997).

Disso decorre que o comportamento deve ser influenciado pelas diferenças entre os gêneros desde a organização cerebral original.

Há diferenças de gênero entre a memória e a recordação de eventos de vida; as diferenças ocorreriam tanto quanto à intensidade da codificação na memória e recordação, e para a sua recuperação, quantidade e qualidade de detalhes codificados bem como para seus artefatos, motivação e habilidade verbal (Seidlitz e Diener, 1998). Assim, a memória, especialmente a autobiográfica, apresentaria especificidades de gênero quanto ao processo de codificação mnêmica, sendo, nas mulheres, mais repleto de detalhes. Haveria alguma influência da memória autobiográfica e processamento da dor.

Experimentalmente, as mulheres apresentam menor limiar para alguns estímulos somáticos, maior habilidade discriminativa, maior índice de dor e menor tolerância aos estímulos dolorosos que os homens. Porém, essas diferenças estariam sujeitas a variáveis situacionais, presença de doença, ambiente experimental e nutricional (Riley III *et al.*, 1998; Filligim *et al.*, 1999; Pauli *et al.*, 1999; Spertus *et al.*, 1999; Riley III e Gilbert, 2001).

Diferenças de gênero relacionam-se à ansiedade gerada pela dor evocada no cenário experimental, pois os achados estariam coerentes com observações clínicas do presente estudo sugerindo que homens seriam mais preocupados ou ficariam mais desapontados pela dor e sua cronificação em mulheres (Fillingim, 2000).

O humor estaria associado a pensamentos catastróficos e as incapacidades decorrentes da dor facilitariam a emergência de fatores

disposicionais em indivíduos com tendência a ver o mundo de modo pessimista (Madland, 2000). Possivelmente, a composição dos fatores apontados sustenta a idéia de que nos doentes estudados ocorreria retroalimentação de estados de ansiedade e depressão, ainda não anormais gerando magnificação dos sintomas dolorosos.

Outro aspecto a ser considerado para o resultado do atual estudo é que se migrânea é prevalente em mulheres como afirmam estudos recentes e parece que doentes do gênero feminino apresentam maior sensibilidade a ansiedade que homens (Armstrong e Khawaja, 2002; Jones e Zachariae, 2002), e estes parecem relacionarem mais ansiedade ao estímulo eliciador da dor, os doentes estudados evidenciaram que o manejo de fatores psicológicos, através de parâmetros psicofisiológicos seria suficiente para superar o efeito de aumento da dor e aumento da ansiedade por ela gerada (Dao e LeResche, 2000; Berkley e Holdcroft, 1997; Unruh, 1996).

Estudos ainda estão em desenvolvimento, porém a dor é experiência complexa, e o efeito de gênero ainda não é uniforme, quanto a suas conclusões, pois haveria necessidade de analisá-los através de aspectos emocionais e sensoriais relativos à experiência dolorosa, além de padrões etiológicos. Indivíduos da casuística em discussão do gênero masculino mostraram positiva correlação entre ansiedade e intensidade e desprazer relacionada à sensação de dor observados através do setor experiência da dor. em que os escores iniciais do pré teste foram 5 e no pós teste passaram para 3,5. Em doentes do gênero feminino ocorreu menor deslocamento dos escores, entre o pré e pós teste para

intensidade de dor, de 3,7 para 3,5, o que apoiaria a idéia de que homens teriam maior ansiedade relacionada à dor.

Nos casos estudados observou-se que ocorreu diminuição dos escores da escala de intensidade de dor em todas as submodalidades da amostra analisada.

A intensidade de dor é influenciada por inúmeras variáveis, sejam elas ambientais, situacionais e psicofisiológicas, o que resulta em tema controverso. Porém, é um dos parâmetros mais utilizados para averiguar a efetividade de intervenções ao longo do tempo.

A mediana de intensidade de dor na amostra experimental deslocou-se do pré-tratamento 5,0 (83,3%) para no pós-tratamento 3,15 (52,5%) e na amostra comparativa de 4,3 (71,6%) para 3,6 (60%) numa escala de 0 à 6, conforme estabelece o MPI. O deslocamento percentual seria compatível com redução de 30,8% e de 11%, respectivamente.

Nos doentes com ansiedade a intensidade de dor passou de 5,0 para 3,5 possivelmente por que houve maior queda das escalas relacionadas à experiência da dor e participação de outrem, e nos depressivos a intensidade de dor passou de 4,3 para 3,3, porque ocorrera menor contato com aspectos da experiência da dor, característica dos sinais de transtorno depressivo.

Entende-se que para doentes com dor crônica o relacionamento entre dimensão de dor e emoção relacionada à dor como sintomas de depressão, ansiedade, frustração, raiva e temor é mais fortes em homens que em mulheres (Riley III *et al.*, 2001). A ansiedade e depressão foram altamente relacionadas

na determinação de intensidade de dor em homens, ao passo que frustração, variável emotiva, foi mais altamente correlacionada para mulheres. Homens mostrariam relação inversamente proporcional entre ansiedade e adaptação à dor crônica (Edwards *et al.*, 2001).

Escores de intensidade de dor reduziram-se significativamente sob demanda de tarefas cognitivas como as demandas pelo treino por *biofeedback* realizado. Imprimiu-se através da execução das tarefas atenção dirigida, exigindo-se que a atenção fosse focalizada no objeto de treinamento, possivelmente foi o que possibilitou a ativação do deslocamento do foco atencional da dor para o treino através dos sinais a serem modificados, resultando em redução da retroalimentação que a migrânea impunha e melhorando, ao longo do treino, a atividade discriminatória entre a dor e demais sinais corporais (Critchley, 2002; Beer, Knight e D'Esposito 2006).

A reatividade emotiva contribui para que o sistema executivo atencional relacione dor e angústia (Hart, Wade e Martelli, 2003), propiciando funcionamento cognitivo mais vulnerável em doentes migranosos. Assim, o processamento atencional poderia ser responsável pela dificuldade de o doente com migrânea desenvolver mecanismos de enfrentamento adaptativos menos eficazes como efeito do aumento da vigilância somática (Benedetti *et al.*, 2003). Independentemente do fator intensidade de dor, os migranosos desenvolveriam dificuldades sutis para o enfrentamento das situações problema associadas como sintomas depressivos.

Respostas inadequadas de tensão fisiológica devem ser consideradas como outra causa plausível que interfere no processamento cognitivo de doentes migranosos (Huber, Henrich, Gündel 2005), pois haveria a possibilidade, particularmente da função antecipatória (Elles *et al.*, 2002) dos sintomas de dolorosos, de difícil predição, eliciarem características conflitivas relacionadas a estressor significativo que ao se repetirem ativariam eixos superiores responsáveis pela manutenção dos estímulos estressores (Knost *et al.*, 1999; Flor, 2002)

A mediana das idades da amostra experimental foi de 38,5 anos, o que induz a considerar semelhantemente aos resultados encontrados em Lipton *et al.*, (2003) e Holmes *et al.*, (2001)

A maioria dos doentes, segundo critérios de avaliação socioeconômica pela ABIPEME, enquadrou-se na classificação C na experimental 12 (40%), pois o presente estudo teve como objetivo disponibilizar dados, se necessário e possível, para o subsídio das conclusões. O nível socioeconômico predominantes foram C e D (71,6%) dos indivíduos, quando o esperado pelo Critério Brasil, era 61%. É razoável imaginar que os doentes avaliados apresentassem poder socioeconômico e, possivelmente sociocultural, fosse acima do esperado para a população brasileira porque o acesso ao atendimento ao serviço em que a pesquisa foi realizada é seletivo, pois requer que os casos sejam previamente assistidos em outros recursos na comunidade e, só então, quando necessário, encaminhados. Esta atitude sugere a necessidade de padrão sociocultural mínimo, talvez menos representativo na

população geral. Fato que poderia relacionar-se com a condição de trabalho em que 36,6% dos doentes da amostra experimental declararam trabalhar atualmente, e 8 doentes (26,6%) disseram-se desempregados e, assim, compatível com o cenário encontrado pelos doentes que demandam atendimento na instituição no momento em que o estudo foi realizado.

Declararam que não mantinham, ou não haver relação afetiva estável, ou constante, seja por condição de viuvez, divórcio, separação ou desquite, ou serem solteiros, na amostra total 33 (54,9%) doentes, na experimental 16 (53,3%) e na amostra comparativa 17 (56,6%) doentes, fato que denotaria condição característica de alguma dificuldade para manutenção de vinculação afetivo-relacional próximo. Suspeita-se que conforme resultados de pesquisa anterior da autora (Perissinotti, 1999) em que doentes com dor crônica de diferentes etiologias manifestariam dificuldade para sentirem-se razoavelmente, gratificados e satisfeitos com os relacionamentos atuais e anteriores. Esboçariam com a condição a necessidade de apoio afetivo para que o tratamento fosse mais ativo, indaga-se.

Sabe-se que a comorbidade entre sintomas migranosos e psicopatologia é bem reconhecida e preconiza-se que transtornos afetivos ocorreriam com incidência três vezes maior do que na população geral como fenômeno clínico, entretanto sua sistematização não é ainda bem entendida (Lake *et al.*, 2005, Villemure e Bushnell, 2002).

Os dados obtidos segundo os critérios do PRIME-MD apontam para que na presente casuística 20 doentes (66,6%) da amostra experimental foram

diagnosticados com transtornos mentais categorizados como depressivos e ansiedade. Apresentaram-se sem anormalidades mentais 10 (30%) da amostra experimental. No presente estudo os dados sobre presença de sintomas psicopatológicos estão compatíveis com o apresentado por Benseñor *et al.* (2003) em nosso meio.

Considera-se a presença de diagnósticos psicopatológicos relacionada à angústia, sentimentos de frustração e irritabilidade que ao se associarem levam ao desenvolvimento, perpetuação e incapacidade funcional. Sentimentos invasivos angustiantes quando aliados a pensamentos hostis, ou mesmo percepção de comportamento agressivo devem interferir mais nas funções dos relacionamentos interpessoais e, também, provocar maiores esforços para romper a cadeia desadaptativa, pois sentimentos de frustração acumulados retroalimentaria sentimentos de incapacidade para o desempenho psicossocial (Cao *et al.*, 2002).

Nos doentes estudados a dor é crônica e a prorrogação temporal do estímulo doloroso acionaria mecanismos de generalização, habituação, em que a variabilidade no estado de humor e percepção de mudança em seu estado interno, imprimiria distorções no processamento da memória, no geral, indisponibilizando a mediação entre estados dor e humor.

Doentes com migrânea como os da presente casuística, manifestariam distúrbio do processamento da informação (cognitivos e automáticos) enfatizando a inabilidade do papel de entradas sensoriais (*sensory gates*) e respostas orientadas em dois tipos de déficits habituação: a) entradas

sensoriais (*sensory gating*); b) redução da habituação de curto prazo (*short-term habituation*), (Siniatchkin, Kroop e Gerber, 2000).

Ressalta-se que indivíduos com migrânea durante mais de seis meses podem apresentar depressão por efeito da dor (Radat, 2000). No presente estudo todos os doentes apresentaram sintomatologia dolorosa com duração superior a seis meses, pois foi estabelecido como critério de inclusão, o que sugere que a dor poderia estar exercendo forte ação estressora interna facilitadora de gatilhos pré-disposicionais de anormalidades mentais, seja do ponto de vista dos sintomas cognitivos ou afetivos.

É possível que nos doentes da presente casuística os sintomas depressivos identificados tenha ocorrido agravamento da dor devido ao comprometimento maior da qualidade de vida; as dificuldades motivacionais interfeririam na adesão aos tratamentos, uma vez que os processos psíquicos alentecidos contribuiriam para a retroalimentação reforçando o estreitamento do campo vivencial. No caso de doentes identificados com sintomas de ansiedade também é possível haver a presença de mecanismo de maior reatividade a estímulos externos e comprometimento (diminuição) da atenção (hipopresexia), distorção do processo de pensamento induzindo a maior dificuldade para a tomada decisões e agir assertivamente, considerando-se as conceituações de depressão como o alentecimento^{†††} dos processos psíquicos em campo

^{†††} Sonnenreich (1999), utiliza o termo lentificação.

vivencial estreitado e, ansiedade, como aceleração dos processos psíquicos dentro de um campo vivencial estreitado (Sonnenreich *et al.*, 1999).

Ainda permanece alguma dificuldade para relacionar os transtornos psicopatológicos e migrânea (Lake *et al.*, 2005), porém, um dos pontos relevantes a ser ressaltado, uma vez que se reconhece que no meio em que a pesquisa foi realizada serviços de assistência primária à saúde carecem de elementos para o preciso diagnóstico, intervenção e prevenção de doenças psicopatológicas ou higiene mental. Destarte, o sistema de saúde não oferecer adequada atenção à saúde mental à população geral para que pudesse se afirmar peremptoriamente que haveria relação causal ou secundária, os efeitos dos sintomas migranosos e psicopatológicos têm caminhado muito proximamente (Benseñor, Tófoli, Andrade, 2003).

Fato é que cefaléia crônica e intratável, sem causas orgânicas identificáveis, seria, na verdade, doenças depressivas e doentes cefalálgicos com depressão maior apresentariam agravamento dos episódios de cefaléia durante a acutização dos quadros depressivos (Blumer & Heilbronn, 1982). Portanto, fenômenos psicopatológicos, não obrigatoriamente detectáveis de imediato, contribuiriam fortemente para a manifestação de fenômenos álgicos em doentes assintomáticos (Waldie e Poulton, 2002). Isso significaria que a comorbidade depressivo-ansiosa, forte constituinte de estressores internos e externos, referida acima, com estreitamento (diminuição) do campo das vivências (participação na vida relacional) e com características de lentificação (peso) dos processos psicomotores seriam fatores decisivos dos estados

dependentes dos comportamentos apresentados pelos doentes migranosos da presente pesquisa.

Observou-se na amostra em questão que doentes com sintomas depressivos relataram menor índice de melhora ao final do tratamento. Enquanto que em doentes que manifestaram sintomas de ansiedade a melhora foi maior com respeito à escala intensidade de dor, o que poderia justificar-se por haver sido o método de tratamento por *biofeedback* responsável por minimizar a reatividade física induzindo à menor experiência da dor, melhorando a participação outrem e atividade geral. Em doentes sem transtornos mentais ocorreu melhora nas escalas relacionadas à experiência da dor, porém, menos expressivamente incidindo na menor mudança das escalas para a participação de outrem e atividade geral, adotando-se também a justificativa de o treinamento por *biofeedback* proporcionar menor reatividade física.

Doentes que consideraram a qualidade de saúde como razoável ou ruim obtiveram maior melhora, pois parece que subestimavam sua capacidade de melhora diante das situações problema e a sensação de impotência diante da dor estaria exercendo função magnificadora da incapacidade. Assim, a efetividade do tratamento por *biofeedback* para os doentes que qualificaram inicialmente a saúde como razoável ou ruim houve, através do método, melhora da capacidade para o desenvolvimento de atividade geral. Bem como da atividade social e produtiva para o trabalho, uma vez que ocorreu melhora das habilidades para o enfrentamento de situações problema. Ou seja, o

treinamento haveria permitido que estes indivíduos melhorassem sua auto-estima, uma vez que ocorreria melhor percepção da capacidade de manejo de sua condição. Ao exercitarem-se e o treinamento ser fixado parece que teria ocorrido também por associação aprendizagem de novos esquemas de enfrentamento.

Seja pelos dados colhidos pelo desfecho do tratamento (tabela 3 - anexos), seja pelos resultados objetivos obtidos, observa-se que os doentes com migrânea ao se referirem á dor incluíram em suas queixas outras demandas, solicitações e postulados idiossincrásicos, de tal modo, que as queixas migranasas colabariam inúmeras outras, conforme apresentadas e evidenciadas quando do manejo de técnica, o que permitiu melhor contato com suas realidades internas (Marcus *et al.*, 1998).

Observou-se que diante dos conteúdos qualitativos e quantitativos apresentados a condição de melhora expressiva foi relacionada à condição psicológica, em doentes que manifestaram queixas com aspectos físicos, exclusivamente, ou outras. O fato leva a pensar que a proposta de manejo da condição psicofisiológica com fins preventivos de crise de migrânea implicou em melhor conhecimento de como cotidianamente se utiliza dos recursos psicocomportamentais e de como tomam consciência de suas reações emocionais.

O *biofeedback* foi técnica que auxiliou a que os doentes modificarem sentimentos, pensamentos e condutas, conforme o que foi relatado quanto a impressões sobre os efeitos da intervenção, consideradas ao final do

tratamento, quanto ao desfecho, uma vez que afirmaram que ao aprenderem novas formas de responder e adaptarem-se a sintomas migranosos, novos esquemas, plásticos, poderiam ter surgido, como visto através dos relatos dos doentes. A queixa dolorosa vinculou-se a atribuição de sentido simbólico associado ao seu aparecimento, ou manutenção em 23 doentes (76,6%) e que ao final do tratamento a melhora dos sintomas de migrânea foi relacionada à melhora de sua condição psíquica, seja no sentido relacional, interpessoal, conjugal e psicocomportamental.

Dor e incapacidade foram consideradas como constructos separados. Quando conseguiram identificar separadamente queixas físicas destacando-as das psíquicas, identificando os índices de intensidade de dor, ou seja, aproximar os fatores que induziam à incapacidade e interferiam na vida, permitiu que os doentes manejassem melhor suas vidas. Tais aspectos devem ser ressaltados, pois sua influencia deve ocorrer muito mais por relacionar-se à dificuldade de identificar os efeitos do estresse afetivo do que por componentes do funcionamento físico propriamente dito (McCracken, 2005).

Ao se examinar as queixas dos migranosos na maior parte das vezes examina-se o corpo separadamente das condições mentais, pois seriam as mentes delegadas à uma outra posição de avaliação. “O corpo pode ser tratado de modo genérico, mas as mentes são únicas e individuais” (Abdala, 2004:23): A tendência a dividir a atividade mental em biológica ou psicológica induz à falsas dicotomias acerca de propedêutica clínica e armada, além do diagnóstico. Reconhece-se, portanto que no presente estudo as intervenções

psicofisiológicas atingiram ou produziram efeitos psíquicos mais pelo aspecto de intercâmbio em relação à experiência que o procedimento de *biofeedback* oferece e menos pelo fato de convencimento, pois os resultados obtidos fazem pensar que a efetividade da intervenção, segundo o protocolo utilizado, ocorreu por promover o desenvolvimento de habilidade para afetar a condição das emoções e atenção, modificando-as e possibilitando que houvesse melhor conexão e comunicação entre conteúdos conscientes e não conscientes.

Assim, é pertinente que as duas vertentes de estudo se complementem para que a compreensão do fenômeno psicológico ocorra: a intersecção entre, pelo menos, dois campos de estudo: um que se ocupa do conhecimento do processamento das informações, codificação da memória, e como a realidade externa é codificada, transformada e integrada à e na memória conforme nos apresenta através da ciência cognitiva e a qualidade da estrutura interna gerada pelos relacionamentos desde as relações mais primitivas, constituição básica mental especialmente dos afetos e da elaboração da experiência vivida, apresentada pela psicanálise (Imbasciati, 2003).

A dor é assim um estímulo físico-psíquico claramente observado em doentes migranosos, pois ocorre evidente aumento da reatividade a estressores, o que induz à modificações de estados de atencionais, o que poderia levar à distorção do processo de pensamento com interferência na percepção realidade externa, apresentando a faculdade para magnificar a percepção estados internos.

Segundo consideração psicanalítica preliminar poder-se-ia entender que o procedimento da terapêutica através do *biofeedback* proporcionaria movimento de ab-reação em que os doentes migranosos, durante o processo, libertar-se-iam dos afetos ligados às recordações encobridoras. A estratégia citada permitiu-lhes dissolver o automatismo da persistência dos afetos, que são a expressão ou tradução subjetiva, qualitativa da quantidade de energia (afetos sem representação e representação sem afeto) que se encontravam colabadas entre situações de sofrimento e de dor. O acesso ao material mnêmico, que segundo esta concepção nomeia-se reprimido, pôde ser integrado à série associativa permitindo a correção e reelaboração de situações não elaboradas, ou eventualmente nomeadas de traumáticas.

O relato das queixas com sentido psicológico associados à dor estaria acompanhado de problemas de relacionamento sexual, afetivo ou conjugal em 10 (33,3%) doentes, os que se referiram à dor como influenciando em funções psíquicas, ou psicológicas como expiação, nervoso ou irritação, tensão, “sentir-se para baixo”, ou em funções mentais como memória, atenção (Bantkirk *et al.*, 2002; Apkarian *et al.*, 2004; Raji *et al.*, 2005) e concentração, ou em atividade como sentimento de inutilidade ou inadequação (Andrasik *et al.*, 2005).

No momento atual observa-se forte tendência a isentar das considerações dos procedimentos o fator humano, seja quanto ao manejo dos tratamentos, seja das pesquisas clínicas, pois entraria em jogo as relações interpessoais que interfeririam de modo “nefasto”, alega-se, na precisão das variáveis intervenientes e determinação da efetividade dos tratamentos.

A concepção científica apregoa que haveria a necessidade de eliminar, o quanto possível, variáveis que não passíveis de controle. Porém, quando se trabalha com o manejo de terapêutica psíquica é muito pouco provável, ou dir-se-ia impossível, eliminar-se o fator humano da relação terapêutica. Assim, no presente trabalho, considera-se que o fator operador humano da máquina de *biofeedback* deve ter contribuído sobremaneira para que a efetividade fosse obtida.

No entanto, no presente trabalho, a “verdadeira ciência” como alguns estudiosos alegariam, foi empreendido objetivando-se os seus resultados em que a par dos valores quantitativos os qualitativos foram analisados, incluídos aqui as modificações das manifestações psicológicas ao longo das sessões.

As entrevistas desde a fase inicial, psicodiagnóstica, previram além da aplicação mecânica da técnica, conforme os registros nos excertos das sessões (anexo), as medidas do benefício da intervenção a doentes migranosos crônicos, considerada a melhora da qualidade de vida e aceitação a quem foi oferecida. Porquanto, fatores do desenvolvimento da relação terapêutica estavam presentes na condição de formação do profissional que manejou a técnica de *biofeedback*, pois exige consistente formação em psicofisiologia e conhecimento do desenvolvimento do *rapport*, ou segundo concepção psicanalítica, transferência, o que não significa em hipótese alguma que a sistemática estabelecida não fora obedecida.

Conforme destacado na revisão da literatura, desde o início a técnica de *biofeedback* foi desenvolvida por psicólogos por tratar-se de processo que visa

tornar consciente funções corporais normalmente não conscientes, através de seu monitoramento. Assim, o monitoramento também diz respeito ao monitoramento relacional, ou seja, de aspectos psicodinâmicos envolvidos no processamento da dor e crises migranosas e relato dos doentes apresentados através de suas narrativas foram considerados. Nos anexos estão descritos em capítulo intitulado “Excertos de sessões de *biofeedback*” as anotações das sessões.

Só assim a função do operador do método e, conseqüentemente, da máquina pôde incluir no contexto do treinamento o relato dos doentes conforme exposto nos dizeres por exemplo, do doente 1, ao afirmar no período do pré-tratamento que “As dores incomodam muito desde a menopausa, acha que teria que tomar alguma coisa e que os médicos ainda não conseguiram acertar (SIC). “Não tem problemas familiares” (SIC) e desde nova é muito ativa, porque o marido ficou doente e não pode “deixar a peteca cair” (SIC). Marido quase precisou amputar o pé e desde então ela assumiu tudo. Hoje, talvez, a dor de cabeça seja um jeito de ver que também tem vez (para si mesma), porque sempre cuidou dos filhos e do marido. E chegando ao final do tratamento afirma que “durante a primeira semana após início do tratamento não teve dor de cabeça. “É primeira vez que fiquei sem dor durante uma semana” (SIC). “Consegui parar de me preocupar com a dor”(SIC). “Problemas de memória que estavam me preocupando” (SIC). Teve dois episódios de dor, “mas fez exercícios e passou” (SIC). “Memória melhorou” (SIC). A intensidade de dor (0-6) de 5 abaixou para 3” (SIC).

O mesmo ocorreu com o doente 2 ao referir em período de avaliação “estudo desde os 3 ou 4 anos” (SIC). Referia muita dor e dificuldade para se dedicar-se aos estudos. Os sintomas agravaram-se com situações tensas especialmente com respeito a seu relacionamento com a mãe. Desde muito pequena, percebe dificuldades para relacionamento familiar o que vem interferindo em seu desenvolvimento. Reconhece-se introspectiva e tímida e atribuiu causa ao relacionamento materno, difícil, o que se perpetua até hoje. Já ao final do tratamento afirma que “Os exercícios ajudaram muito” (SIC), por encontrar-se mais relaxada e menos tensa. Hoje percebe que a mãe dizia que era inibida, mas não acredita mais, pois consegue se relacionar com as pessoas, “mas não se abre fácil” (SC). Em grupo é bem fechada, só no início do relacionamento. Ao final do treinamento/tratamento conseguiu concluir que “aprendeu a ficar relaxada com os exercícios”; “a mente não fica pensando naquilo (dor) e fica mais calma”(SIC). “O uso do aparelho é legal, pois a gente vê que consegue fazer” (SIC). A mediação do profissional que manejou a técnica pode proporcionar o elo entre a pura aplicação tecnológica e a sutileza psíquica em que cada doente encontrava-se, conforme o que relata a doente ao final do tratamento: “O tratamento agiu facilitando mudar o meu comportamento” (SIC). “Era uma pessoa nervosa, com ansiedade e com depressão e este tratamento pode ajudar muito” (SIC). “Para mim acho que foram poucas sessões. Acho que seria bom umas 15 ou 20 sessões” (SIC).

Para o doente 3 que ao início da avaliação mencionou que “Sente-se extremamente nervoso, porque não consegue as coisas como gostaria como

deixar de ter dor (cabeça) e trabalhar” (SIC). Em casa acha que a mãe se preocupa muito com ele, pois “pensa que se eu não me cuidar terei problemas sérios” (SIC). “Eu fico em dúvida com isso”(SIC). Relata fato ocorrido entre ele e um amigo que fez compras com seu cartão de crédito e ficou lhe devendo aludindo ao fato do “quanto gostaria que o sonho (de ser pago) se realizasse, acontecesse”(sic). Nas férias teve bastante dor de cabeça, “mas agora não”(SIC). E, ao final do tratamento conta que há semanas não tem tido dor de cabeça. “Acho que tenho ficado mais tranqüilo, menos preocupado”(SIC). A última vez que teve dor foi 5, há muitas semanas. Nesse dia havia corrido muito, saiu de casa cedo, teve muitas atividades, exposto a som alto e só contribuiu para piorar. Identifica que há uma outra dor que tem haver com a preocupação. Atribui a melhora ao fato de saber o porquê da dor.

Outros exemplos podem ser ilustrativos como o da doente 4 em que mostra relação entre seu estado de dor, dificuldade para dormir e problemas para o relacionamento sexual, e a doente 5 não consegue acreditar que seus problemas relacionam-se á patologia migranosa e pensa que o diagnóstico é mais grave.

Assim, sucessivamente, conforme estabelecido na tabela 3a dos anexos, se percebe que se não se considerar a esfera em que a dor se contextualiza, seus significados idiossincrásicos e significação subjetiva, não haverá chances de que o tratamento possa efetivar-se.

Novos *insights* estabeleceram-se entre o comportamento biológico e o mental, sendo, pois possível o avanço da integração, ou bioretroalimentação,

através de aspectos psicológicos à semelhança do que afirmam Gergely e Watson (1996), uma vez que os comportamentos dos enfermos foram aclarados e por terem sido analisados foram essenciais para o manejo da técnica de *biofeedback*. Segundo esta visão teórica, a composição dos parâmetros psicológicos proporcionou aos parâmetros fisiológicos, através da relação estabelecida com o psicoterapeuta, fossem passíveis de reflexão e quando apontadas ocorreram, qual movimento reflexivo, a respeito do estado emocional interno, sustentou a apreensão de novos significados ou mesmo de condições mentais mais bem adaptadas.

O movimento de caráter intencional que se realizou aliando-se o relaxamento à mudança de temperatura promoveu o aparecimento de estados mentais que deixaram de ser automáticos, passando a serem auto-reguladores e manejados autonomamente. O acesso à modificação da condição de automatismo para a condição de autonomia traduzida pela auto-atribuição e desenvolvimento da capacidade de reconhecer a tendência a ser menos vulnerável a estruturas contingentes da conduta sistemática possibilitou discriminar as interações reguladoras de estados internos como meio para sua própria auto-regulação. A qualidade de seus estados internos, ou somatopsíquicos e reações através da referência externa, ou referência relacional, através da presença do terapeuta, conjugou além do que fora visualizado através do aparelho, a intencionalidade com a manipulação voluntária da atenção para si e para o exterior ou outrem, pelo menos os dois aspectos citados acima. Ocorreu então, o abandono do automatismo

representacional para que pudessem monitorar-se, detectar, avaliar, inibir ou modificar as reações sem que houvesse o impacto da repetição da dor. A autonomia diante dos sintomas dolorosos ou a tomada de consciência sobre si e seu universo de significações, onde os mecanismos de aprendizagem subjacentes foram os de detecção de contingências e de sua maximização (Watson, 1994; Fonagy e Target, 1997) intervindo para a reconstrução do processo de mentalização (Fonagy et al., .2002; Decety e Chaminade, 2003).

O tratamento da condição médica migranosa crônica com a participação ativa do doente é uma das principais características do *biofeedback*, quando manejado por psicólogo, operador humano da técnica também por alterar a psicofisiologia através da relação dinâmica (e dir-se-ia até psicodinâmica) em que o processo terapêutico, ou mais precisamente psicoterapêutico, exige.

A intervenção do profissional psicólogo foi fundamental, à medida que se configurou essencialmente a mudança de comportamento, proporcionando condição relacional conveniente, em que os problemas de apreensão consciente de processos pré-estabelecidos, dificuldades para o desenvolvimento de novas condutas e problemas de contenção emocional, foram identificados, e configuraram-se como o cerne do sucesso da efetividade do tratamento. Destarte, o psicólogo é o único a capacitar-se, pois recebe formação profissional e está preparado para o psicodiagnóstico e acompanhamento para o desenvolvimento da reabilitação psicológica.

O processo de *biofeedback* vem, através do presente estudo, confirmar que a técnica deve ser aplicada por profissionais com qualificação adequada na

área psicológica e os não formados na área deveriam dedicar-se somente ao treinamento e aplicação mecânica da técnica, alertados sobre que o afastamento do operador humano do manejo do instrumento, bem como a aproximação inadequada de operador não habilitado, levaria a conseqüência incalculada.

Identifica-se relatos na literatura de insucesso do método, ou de que sua aplicação não objetivaria o alívio apregoado, porque entre algumas outras questões, pouco se tem descrito sobre as estratégias que acompanham a aplicação do método e por não serem observados os fundamentos básicos da mudança psicocomportamental, ou aquisição de novos esquemas mentais.

O condicionamento por reforçamento por extinção utilizada pelas estratégias do *biofeedback*, envolveria mecanismos de interação que estariam sendo acionadas na tentativa de acesso a novas experiências e gerariam ativações que contribuiriam para a formação de novos esquemas; estes somados às existentes, tornar-se-iam assim apoios para novos pontos de ativação a partir de um substrato anterior.

Sintomas dolorosos, especialmente os migranosos, associam-se primariamente à condição neurofisiológica, segundo a concepção descrita no capítulo “Fisiopatologia da Migrânea”, porém, considera-se importante ressaltar o fato de que ao menos secundariamente sofrem influência de outros fatores, como os psicológicos, conforme descrito anteriormente, o que confirmaria parte dos resultados obtidos na presente casuística. Assim, os sintomas relatados pelos doentes inicialmente e classificados como aspectos físicos

exclusivamente, mostrariam guardar matizes que conjugariam questões subjacentes e não apresentadas num primeiro momento.

A constrição provocada pelo efeito do estímulo doloroso seria o de diminuição do tempo de reação do processamento da informação e o conteúdo mnemônico de longo-prazo deixaria de estar disponível para o acesso. O afunilamento derivado do efeito de estresse doloroso e do atendimento atencional eliciado exerceria ação sobre a recuperação de eventos da memória autobiográfica. Conforme observado nos relatos: “Dor melhorou 70% e outras coisas também. Estava preso e agora bem melhor comigo mesmo, sem receios e mais confiante. Agora não dependo mais, nem do remédio”, “Qualidade de vida melhorou de 10 para 20 e a dor melhorou uns 60 a 70%”, “Melhorou 60% e que deveria haver mais sessões para que obtivesse maior melhora”, “Já não tem episódios de dor diz que se sente apta para suportar dor em 1 ou 2”, “Melhorou, a dor passou de 6 para 2, mas gostaria de ter melhorado a dependência” e “Melhorou 50% e o resto fica para quando encontrar emprego”.

A tradução dos parâmetros pelas imagens visuais e sonoras ocuparia o lugar de “dicas”, ou pistas somáticas mobilizariam novas aprendizagens com estímulos somáticos como agente de acesso a conteúdos não conscientes permitindo o acesso a conteúdos implícitos com função de recuperá-los depois de longo tempo que permaneceram inativos (Bechara *et al.*, 2005).

O método somatopsíquico proporcionado pelo *biofeedback* ativaria, através das dicas somáticas, sensoriais, corporais, conteúdos capturados, enquistados, encapsulados e “adormecidos” permitindo a ascensão consciente

de conteúdos implícitos, sempre na dependência de características de personalidade, pois estes cumpririam ação tanto em sua composição, como em seu desempenho e desenvolvimento, resultando no modo idiossincrásico de funcionamento mental.

A regulação do organismo ocorrida pelo controle das condições do meio interno através da temperatura, teria funcionado melhorando a capacidade perceptiva para os afetos, conceituados como meios pelos quais as dimensões desprazer/prazer pudessem ser contrapostos e se manifestassem. A percepção da dualidade dos estados afetivos induziu os doentes a reconhecerem valores que foram determinantes na mobilização do organismo na busca das condições necessárias para suportar a dor e a sobrevivência que se encontravam acomodados homeostaticamente, na posição de migranosos. Pela mudança da condição dinâmica passivo-ativo ao reconhecerem-se como agentes ativos da direção de seu tratamento teria ocorrido modificação que teria provocado a alteração do estado de desprazer para a condição de estado de prazer passando a serem agentes do controle de suas vidas.

O manejo da condição psicofisiológica reservaria dupla condição: uma relacionada à aprendizagem de novos esquemas mentais e, por outro lado, a possibilidade de ajuizamento indireto, ou melhor, não consciente de padrões pessoais desconhecidos que seriam necessários para o desenvolvimento do volver-se a si mesmo e a descoberta através do *insight* de novos padrões inimagináveis, até então.

Segundo a concepção adotada no presente estudo, aprendizagem é todo e qualquer processo pelo qual o indivíduo modifica e ou incorpora novas condutas permanentemente, ou seja, o aprender a governar - até certo ponto - voluntariamente os parâmetros de resposta fisiológica de maneira eficaz, visando o conforto e o melhor enfrentamento das situações dolorosas. A aprendizagem ocorreria por padrões fixos de êxito determinado por associação (inconsciente) o que permitiria a modificação de padrões fisiológicos como o térmico distal realizado pela aplicação da técnica de *biofeedback* na presente pesquisa. Consequentemente supõe-se que teria ocorrido a produção do rompimento do círculo vicioso entre dor \Rightarrow estresse \Rightarrow tensão \Rightarrow percepção da dor (Rossi, 2001).

Segundo a classificação de características estabelecidas pelo MPI e descritas anteriormente, doentes disfuncionais (DYS), com alto estresse interpessoal (ID) e com enfrentamento ativo (AC) foram identificados e os resultados encontrados foram compatíveis com achados de Magnusson e Becker (2003) quanto à associação entre sintomas depressivos e estresse afetivo, porém para níveis de correlação os resultados não foram significantes por haver discrepâncias entre a percepção da intensidade da dor e incapacidade.

O presente estudo corrobora com a idéia de que doentes AC, com intensidade mais baixa de dor, baixa interferência na vida, baixos níveis de angústia afetiva, apresentaram mais alto nível de atividade e melhor grau

controle de vida quando comparados aos dois outros subgrupos de categorias. O isolamento, ou afastamento afetivo acarretou efeitos na percepção do estresse decorrente da função do tempo de isolamento o que levou os doentes a magnificarem os sintomas dolorosos.

Nos doentes estudados ID, principalmente, que assinalam nível baixo de apoio social, baixa contagem de respostas solícitas e respostas distrativas e escores mais altos em respostas negativas quando comparados como DYS e os AC, conforme o esperado pelo perfil estabelecido pelos autores (Turk e Rudy, 1988; Rudy *et al.*, 1989), uma vez que as repostas verbais seriam respostas ou reações ao isolamento afetivo o que modifica a condição perceptiva da dor em função do tempo de afastamento.

Investigações sobre as relações entre respostas negativas, solícitas, distrativas e respostas de outros significativos evidenciam resultados semelhantes com os atuais, o que sugere que influências psicossociais e especialmente relacionamento relacional afetivo, jogam papel fundamental no compromisso dos doentes para com as atividades correntes, manutenção da capacidade adaptativa e para tentar evitar, controlar, ou manejar a dor e crises migranosas.

O setor “participação de outrem” deve, assim, guardar relação com a manutenção de dor, pois sendo a dor subjetiva e considerada multidimensional receberia influência de outros aspectos da vida dos doentes, especialmente em doentes ID em quem o foco central de incapacidade é o relacionamento

interpessoal que parece anteceder a incapacidade proporcionada pela migrânea, mas que poderia ser considerada como o que retroalimenta a dor.

O MPI como instrumento que oferece indicadores para o prognóstico dos tratamentos farmacológicos ou não farmacológicos preventivos de crise, de modo geral, deve ser utilizado sob a perspectiva multidimensional, uma vez que classifica os indicativos para o bom prognóstico independentemente da escala intensidade de dor, onde sintomas migranosos relacionar-se-iam a interferência na vida, bem como os que envolvem a rotina diária, trabalho, atividades sociais gerais, vida familiar, amorosa e amizades.

O prognóstico de tratamento não se relacionou, então, diretamente à intensidade de dor, por não ser representante ou bom indicativo para aferir dados relativos à incapacidade decorrentes da dor. Os indicadores das escalas interferência na vida, controle da vida, sofrimento afetivo, sentimento de apoio seriam mais fiéis a aspectos da vida relacional, psicossocial e pessoais, no sentido de que quando investigados criteriosamente os doentes poderão manifestar suas queixas dolorosas como possíveis substitutos de queixas de problemas afetivo-emocionais, ou substitutas à outras demandas.

Prognósticos ruins estariam assim relacionados a presença de altos escores em interferência na vida, pouquíssimas respostas, ou baixos escores das escalas relacionadas à respostas distrativas, elevados escores para escala controle da vida, mesmo com pouco sofrimento afetivo por se caracterizar o modo pelo qual o doentes manejam a vida relacional e suas compensações, o que parece fundamental para manutenção a saúde.

Prognósticos ruins seriam os doentes que não se perceberiam capazes de houvesse controle da vida.

Bons prognósticos estariam relacionados a baixos escores para interferência na vida, sentimento de apoio e boa capacidade distrativa, controle da vida proporcional ao sofrimento afetivo, ou seja, a quando a capacidade integrativa da personalidade estiver preservada.

Prognósticos bons para aqueles doentes que manifestam perceberem controlar a dor assim como o humor e a tensão psicológica e física. Controlariam de alguma forma a vida emocional, ou sentimentos e mais congruentes com o controle da dor.

As limitações identificadas no presente estudo apresentam circunscrições intrínsecas ao seu desenvolvimento sendo necessário apontar o fato de que o MPI ainda não ter publicação da tradução validada em nosso meio, o que poderia colocar em questão a sua utilização, no entanto, o instrumento têm sido utilizado em três teses de doutorado, dois trabalhos de dissertação de mestrado e 5 artigos científicos. O que se sugere é a publicação da validação pelo autor referido, ou por outro, para que o conhecimento se transforme em domínio público e que seu método seja reconhecido como referência nacional.

Outro aspecto limitante poderia ser considerado que se aplicado o *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders – Patient Edition* (SCID) (First *et al.*, 1998), para averiguação de transtornos psicopatológicos haveria a possibilidade e se examinar condições psicopatológicas pré-morbidas

à condição migranosa. Outro aspecto seria o de que outras condições psicofisiológicas como tensão muscular, alterações dos níveis de cortisol sanguíneo, ou mesmo perfil eletroencefalográfico poderiam subsidiar algumas outras respostas de interesse para o progresso do estudo de intervenções preventivas para doentes com migrânea.

Propostas para futuras pesquisas devem ser ressaltadas, no âmbito da pesquisa psicológica, pois este modelo de processo ora desenvolvido foi importante não só por observar a evolução de síndromes dolorosas migranosas crônicas, mas também por possibilitar apreender dados sobre a co-ocorrência de fatores psicológicos e fisiológicos sobre tempo.

Questões pertinentes devem ser ressaltadas para dirigir novas propostas de pesquisa, como: quais e como funcionariam as mudanças psicológicas e fisiológicas durante o tratamento com *biofeedback*? Parâmetros autonômicos seriam alterados inicialmente, influenciando sintomas, disposição, pensamentos, e comportamento, ou haveria mudança do humor (neurofisiológico) induzindo a interpretação diferente de sintomas e alteração subsequente de respostas fisiológicas?

São questões que podem motivar outros estudos e colaborar para o progresso das intervenções dedicadas ao desenvolvimento do tema *biofeedback* aplicados aos doentes migranosos.

7 – Conclusões

- 1) A intervenção por *biofeedback* interferiu no comportamento da amostra experimental proporcionando maior adaptabilidade geral, quando da análise paramétrica.
- 2) Quando da análise da hipótese de igualdade entre os dois grupos amostrais, analisada através do teste Qui-quadrado para as variáveis qualitativas, ocorreu significância para a amostra experimental nos quesitos relativos à sinais e sintomas psicopatológicos, qualidade referida da queixa e da saúde.
- 3) Houve deslocamento a menor na escala de intensidade de dor com o tratamento por *biofeedback* de 5,0 (83,3%) no pré-tratamento para 3,15 (52,5%) no pós-tratamento para a amostra experimental.
- 4) Apresentaram-se com anormalidades mentais 20 (60%), ou seja, transtornos de ansiedade 11 doentes (36,6%) e transtorno depressivo 9 doentes (33,3%) da amostra experimental. O que significa que a morbidade associada depressivo-ansiosa foi forte constituinte dos estressores internos e externos, por haver estreitamento (diminuição) ou aceleração (aumento) dos processos mentais no campo das vivências. Inicialmente o estreitamento do campo das vivências relacionais, como o

examinado pela participação de outrem, colocou-se pelo empenho da atenção (hipopresexia) e incoerência do processo de pensamento, o que levou os doentes a manifestarem maior dificuldade para a tomada decisão e agir assertivamente. O *biofeedback* agiu de modo a que as características de lentificação (depressivos) ou aceleração (ansiosos) dos processos psicomotores pudessem disponibilizar-se para diferentes estímulos, através do manejo psicofisiológico. O afunilamento perceptivo derivado do efeito de estresse gerado pelas crises de migrânea e suas repetições, e do atendimento atencional, foco da dor, modificou-se após o tratamento por *biofeedback*. A condição psicofisiológica exerceu ação sobre a recuperação de eventos intrínsecos pregressos. A percepção de diferentes estados afetivos expressos pela dinâmica psicofisiológica, proporcionada pelo *biofeedback*, mobilizou os doentes a reconhecerem valores que foram determinantes no rompimento de campo, até então, estagnado, estático, condicionados ao estado de cronicidade. Conseqüentemente, o *biofeedback* proporcionou aos doentes a produção do rompimento do círculo vicioso entre dor \Rightarrow estresse \Rightarrow tensão \Rightarrow percepção da dor também pelo processo que se estabelecido através do relacionamento entre psicólogo e doente, pois o operador do método previu o funcionamento do psicopatológico, psicodinâmico e funcional como um todo, além de servir como aquele que certifica a percepção do doente acerca de si mesmo e das manifestações psicofisiológicas.

- 5) O tratamento também produziu efeitos sobre o isolamento, ou afastamento afetivo e social diluindo, ou reduzindo as suas conseqüências, pois a percepção do estresse doloroso pode dirigir-se ao desenvolvimento de maior disponibilidade para encontrar diferentes aspectos relacionados à vida cotidiana, como laboral, afetivo-emocional e social.

8 - Referências Bibliográficas ^{§§§}

Abdala JR. *Neurociencias y Psicoanálisis*. citado em [20/dez/2005]. Disponível http://www.uces.edu.ar/publicaciones/archivos/revista_subjetividad/neurociencia.pdf.

Adler CS, Adler SM. A psychodynamic perspective on self-regulation in the treatment of psychosomatic disorders. In: *Psychosomatic medicine: Theory, physiology, and practice*. Madison, CT, US: International Universities Press stress and health series; 1989. v.1-2. p.977-1023.

Akpek S, Arac M, Atilla S. *Cost-effectiveness of computed tomography in the evaluation of patients with headache*. *Headache*. 1995;35:228-30.

Ambrosini A, Schoenen J. *The eletrophysiology of migraine*. *Curr opin Neurol*. 2003;16:327-31.

Andrasik F, Lipchik GL, McCrory DC, Wittrock DA. Outcome measurement in behavior headache research: Headache parameters and psychosocial outcomes. *Headache*, 2005; 45: 429- 437)

^{§§§} * De acordo com:

Adaptado de *International Committee of Medical Journals Editors* (Vancouver). Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Serviço de Biblioteca e Documentação. *Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias da FMUSP*. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria Fazanelli Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. São Paulo: Serviço de Biblioteca e Documentação; 2004. Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com *List of Journals Indexed in Index Medicus*.

Andreassi JL. *Psychophysiology: Human behavior and physiological response*. 3rd ed. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Inc; 1995. p.388-402.

Angelotti GS, Angelotti G. Fibromyalgia: an Analysis of Emotional, Cognitive and Behavioral Components. In: III Congreso de Psicoterapias Cognitivas Latino Americanas, 2000, Montevideo, 2000.

Angelotti GS, Angelotti G. Fibromyalgia: an Analysis of Emotional, Cognitive and Behavioral Components. In: III Congreso de Psicoterapias Cognitivas Latino Americanas, 2000, Montevideo, 2000.

Anselmo SM. Fatores psicológicos relacionados as desordens temporomandibulares : avaliação de pacientes submetidos a tratamento com aparelhos oclusais planos e reabilitação oral. [tese]. Faculdade de Odontologia. UniCamp. Campinas, 2005.

Anselmo SM. Estudo da correlação dos distúrbios psiquiátricos menores e as desordens temporomandibulares. [dissertação]. Faculdade de Odontologia. UniCamp. Campinas, 2003.

Anselmo SM. Fatores psicológicos relacionados às desordens temporomandibulares : avaliação de pacientes submetidos a tratamento com aparelhos oclusais planos e reabilitação oral. [tese]. Faculdade de Odontologia. UniCamp. Campinas, 2005.

Apkarian AV, Sosa Y, Krauss BR, Thomas PS, Fredrickson BE, Levy RE, Harden RN, Chialvo DR. *Chronic pain patients are impaired on an emotional decision-making task*. Pain. 2004;108:129–36.

- Appenzeller A. Aspectos psicológicos da dor. In: DIAMOND, S. Clínicas Médicas da América do Norte. São Paulo; 1991. v.3. p.774–7.
- Ardoino C, Rossi F, Mozzani M, Tridenti A. *Biofeedback techniques for anxiety treatment*. Riv Sper Freniatr Med Leg Alien Ment. 1983;107(3):745-61.
- Arena JG, Blanchar EB. *Biofeedback and relaxation therapy for chronic pain disorders*. In: Gatchel RJ, Turk DC (Eds.). *Psychological Approaches to Pain management: A practitioner's handbook*. New York: Guilford Press; 1997. p.179-230.
- Armstrong KA, Khawaja NG. Gender differences in anxiety: an investigation of the symptoms, cognitions, and sensitivity towards anxiety in a nonclinical population. *Behav and Cogn Psychot. Cephalalgia*. 2002; 30: 227-231.
- Astin JA. *Mind-body therapies for the management of pain*. *Clin J Pain*. 2004;20(1):27-32.
- Aylward J. *Biofeedback-assisted attentional training and the Gestalt process: An integration*. *Gestalt Journal*. 1979;2(2):52-64.
- Bantklick SJ, Wise RG, Plaghaus A, Clare S, Smith SM, Tracey I. *Imaging how attention modulates pain in humans using functional MRI*. *Brain*. 2002;125:310-19.
- Basmajian JV, DeLuca CJ. *Muscles Alive. Their functions revealed by electromyography*. 5th ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1985;127-39.
- Basmajian JV, Growland C, Brandstater ME, Swason L, Trotter J. *EMG biofeedback treatment of upper limb in hemiplegic stroke patients. A pilot study*. *Arch Physic Med Rehab*. 1982;63:612-16.

Basmajian JV. *Electromyographic investigation of spasticity and muscle spasm*.
Physiother Can. 1976;62:319-23.

Basmajian JV. *Electromyography comes of age*. Science. 1972;197:603-09.

Bauer RH, Jones CN. *Feedback training of 36-44 Hz EEG activity in the visual cortex and hippocampus of cats: Evidence for sensory and motor involvement*.
Physiol Behav. 1976;Dec:17(6):885-90.

Bechara A, Damasio H, Tranel D, Damasio A R (2005).. The Iowa Gambling Task and the somatic marker hypothesis: some questions and answers. *Trends in Cognitive Sciences*, 2005, 9, :159-162.

Beer JS, Knight TR, D'Esposito M. Controlling the Integration of Emotion and Cognition The Role of Frontal Cortex in Distinguishing Helpful From Hurtful Emotional Information. *Association for Psychological Science* 2006, 17: 5; 48-453.

Beitel Re, Dubner R. *Response of unmyelinated (c) polymodal nociceptors to thermal stimuli applied to monkey's face*. J Neurophysiol. 1976;39:1160-75.

Bellissimo A, Tunks E. *Chronic pain: The psychoterapeutic spectrum*. New York: Praeger; 1984. p.97.

Benedetti F, Pollo A, Lopiano L, Lanotte M, Vighetti S, Rainero I. *Conscious Expectation and Unconscious Conditioning in Analgesic, Motor, and Hormonal Placebo/Nocebo Responses*. Journ Neurosci, May 15, 2003, 23(10):4315–4323).

Benseñor IJM, Lotufo PA, Pereira A, Tannuri ACA, Issa FKK, Akashi D, Fucciolo DQ, Kakuda EYS, Kanashiro H, Lobato ML, Titan SMO, Galvão TFG, Martins MA. *Validação de questionário para o diagnóstico de cefaléia em ambulatório de Hospital Universitário*. Arq Neuro-Psiq. 1997, 55: 364-369.

Benseñor IJM, Tófoli LF, Andrade L. *Headache complaints associated with psychiatric comorbidity in a population-based sample*. Braz Journ Med Biol Res. (2003,) 36: 1425-1432.

Berkley KJ, Holdcroft A. Sex and gender differences in pain. In: Wall PD, Melzack R (Eds). *Textbook of Pain*. Edinburgh: Churchill-Livingstone, 1999, pp 951–965.

Bessou P, Perl ER. *Response of cutaneous sensory units with unmyelinated fibers to noxious stimuli*. J Neurophysiol. 1969;32:1025-43.

Bigal M, Moraes FA, Speciali JG, Bordini CA. *Prevalência da Migrânea e Impacto Sobre a Qualidade de Vida em Funcionários do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP*. 2000b. [citado 04/Jun/2000]. Disponível em: http://www.pulsus.com/Pain/01_02/contents.htm.

Bigal M. *Avaliação do Impacto Sobre a Qualidade de Vida e Rendimento nos Estudos da Migrânea e Cefaléia Tipo Tensional Episódica em uma População de Estudantes Universitários*. 2000a. [citado 04/Jun/2000]. Disponível em: http://www.pulsus.com/Pain/01_02/contents.htm.

Bigal ME. *Impactos epidemiológicos e sociais das cefaléias*. In: Arquivos do 5º Simpósio Brasileiro e Encontro Internacional sobre Dor; 2001; São Paulo: Lemos Editorial. p.58-65.

- Blanchard EB, Jaccard J, Andrasik F, Guarnieri P, Jurish SE. *Reduction in headache patients' medical expenses associated with biofeedback and relaxation treatments. Biofeedback Self Regul.* 1985;10:63-8.
- Blau JN, Edmeads J. *A Migrânea na visão dos especialistas.* São Paulo: Glaxo; s/d.: p.2-6. nº 1.
- Blumer D, Heilbronn M. *Chronic pain as a variant of depressive disease: the pain-prone disorder.* J Nerv Men Disord, 1982; 70: 381-406, 1982.
- Bonica JJ. *History of pain concepts and therapies in the management of pain.* Vol 1. 2º edição. São Paulo: Lea & Febiger;1990. p.2-17.
- Borgeat F. *Quelques retroactions scientifiques de la rétroaction biologique.* Acta Psychiat Belg. 1981;81:497-505.
- Bowsher D. *Central pain: clinical and physiological characteristics.* J Neurol Neurosurg Psychiatry. 1996;61(1):62-9.
- Breslau N, Andreski P. *Migraine, personality, and psychiatric comorbidity. Comment: Headache.* 1995;jul-aug:35(7):380-6.
- Bruera OC. *Cefaléia Cervocogênica: Controvérsias.* 2001. [citado 04/Mai/01]. Disponível em: http://www.pulsus.com/Pain/01_02/contents.htm.
- Buzzi MG, Bonamini M, Moskowitz MA. *Neurogenic model on migraine.* Cephalalgia. 1995;15(4):277-80.
- Campbell JK, Caselli RJ. Headache and Other Craniofacial Pain. In: Bradley WG. 2nd Ed. *Neurology and management.* Butterworth-Heinemann; 1996. p.1719-983.

- Cao M, Zhang S, Wang K, Wang Y, Wang W. *Personality traits in migraine and tension-type headaches: a five-factor model study*. *Psychopathology*. 2002; 35:254-258.
- Cassel RN. *Effective health care must focus on harmony in one's neural activity to increase global functioning*. *Psychology: A Journal of Human Behavior*. 1995;32(1):39-42.
- Cassidy EM, Tomkins E, Hardiman O, O'keane V. *Factors associated with burden of primary headache in a specialty clinic*. *Headache*. 2003;43(6):638-44.
- Cazorla IM. *O papel da Estatística na pesquisa científica*. 2003. [citado 22/Jul/03]. Disponível em:.
- Chapman SL. *A review and clinical perspective on the use of EMG and thermal biofeedback for chronic headaches*. *Pain*. 1986;27(1):1-43.
- Cohen HD, Graham C, Fotopoulos SS, Cook MR. *A double-blind methodology for biofeedback research*. *Psychophysiology*. 1977;14(6); Nov:603-608.
- Consenso do Comitê AD Hoc da Sociedade Brasileira de Cefaléia (Brazilian Headache Society - Filiada à International Headache Society.) *Arq Neuropsiquiatr*. 2002;60(1):159-169.
- Corbioli N, Bordoni CA. *Retratos da migrânea e das cefaléias primárias*. São Paulo: Ed. Lemos; 2001.p.43-58.
- Critchley HD., *Electrodermal Responses: What Happens in the Brain*. *Neuroscientist* 8(2):132-142, 2002.
- Crombie IK, Croft PR, Linton SJ, Leresche LL, Korff MV. *Epidemiology of Pain*. Seattle: IASP Press; 1999. p.332-4.

Cunha JA. *Psicodiagnóstico-R*. 4^a. ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1996. p.31-33.

Dao TT, LeResche L. Gender differences in pain. *J Orofac Pain* 2000; 14:169–184.

Davis PJ, Reeves JL, Graff-Radford SB, Hastie BA, Naliboff BD. *Multidimensional subgroups in migraine: differential treatment outcome to a pain medicine program*. *Pain Med*; 2003;4(3);Sep:211-2, 215-22.

Davis PJ, Reeves JL, Hastie BA, Graff-Radford SB, Naliboff BD. *Depression determines illness conviction and pain impact: a structural equation modeling analysis*. *Pain Méd*. 2000;1(3);Set:238-46.

Decety J, Cahminade T. When the self represents the other: a new cognitive neuroscience view on psychological identification. *Consciousness and Cognition*, 2003; 12: 577-596.

Deisinger JA, Cassisi JE, Lofland KR, Cole P, Bruehl S. An examination of the psychometric structure of the Multidimensional Pain Inventory. *Journ Clin Psych*, 2001; 57(6):765 – 783.

Dethlessen T, Dahlke R. *A doença como caminho*. São Paulo: Editora Cultrix. 1999. p.12, 37-78.

Dias MR, Brito JAA. No cotidiano da dor: A procura dos cuidados de saúde. *Análise Psicológica*. 2002; 1: 91-105.

Dromerick AW, Edwards DF, Hahn M. *Does the Application of Constraint-Induced Movement Therapy During Acute Rehabilitation Reduce Arm Impairment After Ischemic Stroke?*. *Stroke*. 2000;31:2984-8.

Dufour R. *Céphalées et cervicarthrose: arthrosique origine, vasculaire ou psychique?*. Sem Hop. 1979;55:37-8.

Dumas RA. *Cognitive control in hypnosis and biofeedback*. Int J Clin Exp Hypn. 1980;28(1);Jan:53-62.

Dworkin SF, Burgess JA. Head and Facial Pain of Psychologic origin. In: Bonica JJ (Ed.). *The Management of Pain*. 2nd. Ed. Philadelphia: Lea and Ferber; 1990. v.1, p.785.

Echenhofer FG, Coombs MM. *A brief review of research and controversies in EEG biofeedback and meditation*. Journal of Transpersonal Psychology, 1987;19(2):161-71.

Edmeads J, Findlay H, Tugwell P, Pryse-Phillips W, Nelson RF, Murray TJ. *Impact of migraine and tension-type headache on life-style, consulting behavior, and medication use: a Canadian population survey*. Can J Neurol Sci. 1993;20:2,131-7.

Edvinsson L. *Migraine and Headache Pathophysiology*. (Ed). Published by Martin Dunitz Publishers, London, 1999, pp 184.

Edvinsson L. Neuronal Signal Substances as Biomarkers of Migraine. *Headache* 2006;46:1088-1094.

Edwards RR, Doleys DM, Fillingim RB, Lowery D. Ethnic differences in pain tolerance: clinical implications in chronic pain population. *Psychosom Med* 2001;63:316-323.

Elles JC, Mulder M, Linssen WHJP, Geus EJC. Reduced sensory anticipation in migraine. *Psychophysiology*, 2002, 39:166–174.

Etscheidt MA, Steger HAG, Braverman B. *Multidimension Pain Inventory Profile classification and Psychopathology*. J Clin Psychol. 1995;51:29-36.

Fillingim R.B, Ness T.J. *Sex-related hormonal influences on pain and analgesic responses*. Neuroscience and Biobehavioral Reviews 2000;24:485-501

Fillingim RB, Edwards RR, Powell T. The relationship of sex and clinical pain to experimental pain responses. *Pain*, 83: 419-425, 1999.

First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW: "Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders – Patient Edition" (SCID – I / P, Version 2.0. 9/98 revision).

Fishbaind A, Goldberg M, Meagher BR, Steele R, Rosomoff H. *Male and female Chronic Pain categorized by DSM-III Psychiatric Diagnostic Criteria*. Pain. 1986;26:181-197.

Flor H, Birbaumer N, Schulz R, Grusser SM, Mucha RF. Pavlovian. *Conditioning of opioid and nonopioid pain inhibitory mechanisms in humans*. Eur J Pain. 2002;6:395-402.

Flor H. *The Modification of Cortical Reorganization and Chronic Pain by Sensory Feedback*. Applied Psychophysiology and Biofeedback, Vol. 27, No. 3, September 2002: 215-227.

Fonagy P, Gergely G, Jurist EL, Target M. *Affect regulation, mentalization and the development of the self*. New York: Other Ppress, 2003, pp. 103-117.

Fonagy P, Target M. *Attachment and reflexive function: Their role in self-organization*. Development and Psychopathology, 1997; 9: 679-700.

Fonseca J. Martins G. *Curso de Estatística*. 6a.ed. São Paulo: Ed. Atlas; 1996.

Fortini I. *Etiopatogenia e fisiopatologia da migrânea*. In: Arquivos do 5º Simpósio Brasileiro e Encontro Internacional sobre Dor. São Paulo: Lemos Editorial; 2001a. p.96–7.

Fortini I. *Tratamento da crise de migrânea*. In: Arquivos do 5º Simpósio Brasileiro e Encontro Internacional sobre Dor. São Paulo: Lemos Editorial; 2001b. p.98-101.

Fráguas Jr, Henriques Jr. Manual de Instruções. Projeto Depressões Secundárias. São Paulo. Grupo de Interconsultas do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 1999:. p.1-24. In:

Freud S. Manuscrito I (04/03/1895) In: Obras Completas, trad. Luis Lopez-Ballesteros e Torres, Biblioteca Nueva, Barcelona, España, 1972, 3513-3515.

Frutuoso JT. Mensuração de aspectos psicológicos presentes em portadores de dor crônica relacionada ao trabalho. [tese] Faculdade de Engenharia centro de Tecnologia e Ergonomia. UF Sta. Catarina, Florianópolis, 2006.

Garma A. As Cefaléias. In: Garma A. *Psicanálise: teoria, clínica e técnica*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1984. p. 263-84.

Gauthier J, Côté G, French D. *The role of home practice in the thermal biofeedback treatment of migraine headache*. J Consult Clin Psychol. 1994;62(1);feb:180-4.

Gauthier J, Lacroix R, Cote A, Doyon J, Drolet M. *Biofeedback control of migraine headaches: a comparison of two approaches*. Biofeed Self Regul. 1985;10(2):139-59.

Gergely G, Watson J. *The social biofeedback theory of parenteral affect-mirroring: the development of emotional self-awareness and self-control in infancy*. Int. J. Psycho-Anal. 1996, 77:1181-1212.

Gessel AH. *Electromyographic biofeedback and tricyclic antidepressants in myofacial pain dysfunction syndrome: psychological predictors of outcome*. J Am Dent Assoc. 1975;91:1048-57.

Ghatan S, Goodkin R. *Neck pain*. In: Loeser (Ed), Bonica's Management of Pain. 3^a ed. London, Lippincott Williams, 2001, pp 1003-1018.

Giffin NJ, Kaube H. *The electrophysiology of migraine*. Curr Opin Neurol. 2002;15(3):303-9.

Gilbar O, Bazak Y, Harel Y. *Gender, primary headache, and psychological distress*. Headache;1998;38(1):31-4.

Goder R, Fritzer G, Kapsokalyvas A, Kropp P, Niederberger U, Strenge H, Gerber WD, Aldenhoff JB. *Polysomnographic findings in nights preceding a migraine attack*. Cephalalgia. 2001; 21 (1): 31-37.

Graham JR, Wolff HG. *Mechanism of migraine headache and action of ergotamine tartrate*. Arch Neurol Psychiatri. 39:737-748, 1938.

Grazzi L, Bussone G. *Effect of biofeedback treatment on sympathetic function in common migraine and tension-type headache*. Cephalalgia. 1993;13(3);Jun:197-200.

Hart RP, Wade JB, Martelli MF. *Cognitive Impairment in Patients with Chronic Pain: The Significance of Stress*. Cur Pain Head Rep 2003, 7:116–126.

Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). *Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain*. Cephalalgia. 1988;8(Suppl 7):1-96.

Hermann C, Blanchard EB, Flor H. *Biofeedback treatment for pediatric migraine: prediction of treatment outcome*. J Consult Clin Psychol. 1997;65(4):611-6.

Holmes WF, MacGregor EA, Sawyer JPC, Lipton RB. *Information About Migraine Disability Influences Physicians' Perceptions of Illness Severity and Treatment Needs* ; 41(4), 2001:343-350(8).

Holroyd KA, France JL, Cordingley GA, Rokicki LA, Kvaal SA, Lipchik GL, Mccool C. *Enhancing the effectiveness of relaxation-thermal biofeedback training with propranolol hydrochloride*. J. Consult Clin Psychol. 1995;63(2):327-30.

Holroyd KA, Penzien DB. *Pharmacological versus non-pharmacological prophylaxis of recurrent migraine headache: a meta-analytic review of clinical trials*. Pain. 1990;42(1);Jul:1-13.

Holroyd KA. *Assessment and Psychological Management of Recurrent Headache Disorders*. Journ Consult Clin Psych 2002, Vol. 70, No. 3, 656–677

Huber D, Henrich G, Gündel H. *Psychophysiological Response Patterns of Migraine Patients in Two Habituation Tests*. Headache. 2005;45:1375-1387.

Hudzinski LG, Lawrence GS. *Myofacial Pain and the Temporomandibular Joint*. In: Cram Jr (ed). *Clinical EMG for Surface Recordings*. 2nd ed. Nevada City, CA: Clinical Resources; 1990. p.329-51.

Hudzinski LG, Lawrence GS. *Significance of EMG surface electrode placement models and headache findings*. Headache. 1988;28:30-5.

Hursey KG, Jacks SD. *Fear of pain in recurrent headache sufferers*. Headache 1992;32:283-286.

Imbasciati A. *Cognitive sciences and psychoanalysis: a possible convergence*. J Am Acad Psychoanal Dyn Psychiatry. 2003;31(4):627-46.

Jones A,; Zachariae R. *Gender, anxiety, and experimental pain sensitivity: An overview*. J. Am. Med. Women's Assoc. 2002, vol. 57, n°2, pp. 91-94.

Kandel ER. Cellular mechanisms of learning and the biological basis of individuality. In: Kandel ER, Schwartz JH, Jessel TM (Eds). *Principles of Neural Sciences*. New York: Elsevier; 1992. p.1009-31.

Keck PE, Merikangas KR, Mcelroy SL, Strakowski SM. *Diagnostic and treatment implications of psychiatric comorbidity with migraine*. Ann Clin Psychiatry. 1994;6(3):165-71.

Kelly D, Jessell T. Sexo e Cérebro. In: Kandel ER, Schwartz JH, Jessell T *Fundamentos de Neurociências e do Comportamento*. Prentice–Hall do Brasil, Trad. Engelhardt MC, Rio de Janeiro, 1997, pp. 463-473.

Kentle RL. *Elements of neuroticism in relation to headache symptomatology*. Psychol Rep. 1997;80(1):227-35.

Kerns RD, Turk DC, Rudy TE. The West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory (WHYMPI). *Pain*, 23 (1985) 345-356.

Knost B, Flor H, Birbaumer N, Schugens MM. *Learned maintenance of pain: Muscle tension reduces central nervous system processing of painful stimulation in chronic and subchronic pain patients.* Psychophysiology, 1999, 36 :755–764.

La Croix R, Barbaree H. *The impact of recurrent headaches on behaviour lifestyle and health.* Behav Res Ther 1990;28:235-242.

Lake AE, Rains JC, Penzie DB, Lipchik GL. Headache and Psychiatric Comorbidity: Historical context, Clinical implications and Research relevance. Headache 2005, 45:493-506.

Landy S. *Migraine throughout the life cycle: treatment through the ages.* Neurology. 2004;62(5);(Suppl 2):8-9.

Last JM. *A dictionary of epidemiology.* 3rd. ed. New York: Oxford University Press; 1995. p.52, verbete effectivity..

Lehrer PM, Carr R, Sargunaraj D, Woolfolk RL. *Stress management techniques: are they all equivalent, or do they have specific effects?.* Biofeedback Self Regul. 1994;19(4):353-401.

Lipton RB, Diamond S, Reed ML, Diamond MI, Stewart WF. *Migraine diagnosis and treatment: Results from the American Migraine Study II.* Headache. 2001;41:638-45.

Lipchik G. *Biofeedback and Relaxation Training for Headaches.* Headache. 1998;9(2):43-57.

Lipton RB, Silberstein SD, Saper JR, Bigal ME Goadsby PJ. *Why headache treatment fails.* Neurology 2003;60:1064 –70.

Lipton RB, Stewart WF, Diamond S, Diamond ML, Reed M. *Prevalence and burden of migraine in the United States: data from the American migraine study II*. *Headache* 2001;41:646 –57.

Lubar JF, Swartwood MO, Swartwood JN, O'donnell PH. *Evaluation of the effectiveness of EEG neurofeedback training for ADHD in a clinical setting as measured by changes in T.O.V.A. scores, behavioral ratings, and WISC-R performance*. *Biofeedback Self Regul.* 1995;20(1);Mar:83-99.

Lubar JF. *EEG biofeedback and learning disabilities. Theory into Practice*. Spring. 1985;24(2):106-11.

Lucia MCS, Pinto KO, Habr-Gama A. *Psicofisiologia e biofeedback: Revisão da Literatura – Parte II. Constipação fecal em adultos e crianças*. *Revista de Psicologia Hospitalar*. 1999;9(1):24-31.

Lucia MCS, Pinto KO. *Psicofisiologia e biofeedback – Parte I. Incontinência Fecal*. *Revista de Psicologia Hospitalar*. 1998;8(2):22-8.

Madland G, Feinmann C, Newman S. Factors associated with anxiety and depression in facial arthromyalgia. *Pain*, 2000;84: 225-232., 2000.

Magerl W, Wilk SH, Treede RD. *Secondary hyperalgesia and perceptual windup following intradermal injection of capsaicin in humans*. *Pain*. 1998;74:257-68.

Magnusson JE, Becker WJ. *Migraine frequency and intensity: relationship with disability and psychological factors*. *Headache*. 2003;43(10):1049-59.

Marcus DA, Scharff L, Mercer S, Turk DC. *Nonpharmacological treatment for migraine: incremental utility of physical therapy with relaxation and thermal biofeedback*. *Cephalalgia*. 1998;18(5):266-72.

Markowitz S, Saito K, Moskowitz MA. *Neurogenically mediated plasma extravasion in dura mater: effect of ergot alkaloids. A possible mechanism of action in vascular headache.* Cephalalgia. 1988;8:83-91.

McCracken LM. Social context and acceptance of chronic pain: the role of solicitous and punishing responses. Pain, 2005;113:155-159.

Melzack R, Perry C. *Self-regulation of pain: The use of alpha-feedback and hypnotic training for the control of chronic pain.* Exp Neurol. 1975;46(3);Mar:452-69.

Merikangas KR, Merikangas JR, Angst J. *Headache syndromes and psychiatric disorders: Association and familial transmission.* J Psychiatr Res. 1993;27(2):197-210.

Merikangas KR, Risch NJ, Merikangas JR, Weissman MM, Kidd KK. *Migrane and depression: association and familial transmission.* J Psychiatr Res. 1988;22:119-29.

Merikangas KR, Silberstein S, Wilkinson M, Tramuta G, Schulman E. *Psychopathology and headache syndromes in the community.* Headache. 1994;34(8):17-26.

Merikangas KR, Stevens DE, Angst J. *Psychopathology and headache syndromes in the community.* Erratum In: Headache; 1995;35(1);Jan; precedi Headache; 34(8):S17-22.

Merikangas KR. *Association between psychopathology and headache syndromes.* Curr Opin Neurol. 1995;8(3):248-51.

Merskey H, Albe-Fessard DG, Bonica JJ, Carmon A, Dubner R, Kerr FWL, Lindblom U, Mumford JM, Nathan PW, Noordendos W, Pagni CA, Renaer MJ, Sternback RA, Sunderland S. *Pain terms: a list with definitions and notes on usage*. Recommended by IASP. Subcommittee on Taxonomy. *Pain*. 1979;6:249-52.

Mitsikostas DD, Thomas AM. *Comorbidity of headache and depressive disorders*. *Cephalalgia* 1999; 19:211–217.

Moskowitz MA. Basic mechanisms in vascular headache. In: Mathew NT, Ed. *Neurologic Clinics*. Headache. Philadelphia: WB Saunders Company; 1990;8(4):801-15.

Olesen J, Bonica JJ. Headache. In: Bonica JJ (ed.). *The Management of Pain*. 2nd. ed. Philadelphia: Lea and Febier; 1990. v.1, p.695.

Olesen J. *Headache Classification Committee of the International Headache Society. Classification and Diagnostic Criteria for Headache Disorders, Cranial Neuralgias and Facial Pain*. *Cephalalgia*.1998;8(suppl 7):1-96.

Oliveira, AS. Evaluation of quality of life and pain in Temporomandibular Disorders (TMD). *Braz J Oral Sci*. 2005;4(1):645-50.

Passchier J, de Boo M, Quaak JA, Brienen MD. Headache-related quality of life of chronic headache patients is predicted by the emotional component of their pain. *Headache* 1996;36:556-560.

Passchier J, Helm-Hylkema HVD, Orlebeke JF. Lack of concordance between changes and headache activity and in psychophysiological and personality variables following treatment. *Headache* 1985;25:310-316.

Pauli P, Wiedemann G, Nickola M. Pain sensitivity, cerebral laterality, and negative affect. *Pain*, 80: 359-364, 1999.

Peper E, Ancoli S, Quinn M. *Mind/Body Integration: Essential Readings in Biofeedback*. New York: Plenum; 1979.

Peper E, Williams EA. *From the Inside Out: A Self-Teaching and Laboratory Manual for Biofeedback*. New York: Plenum; 1981. p.28-31.

Perissinotti DMN. Protocolo de Avaliação Psicológica do doente com dor crônica. In: Perissinotti DMN. *Estudo de condições psicológicas e de qualidade de vida de 50 doentes com cefaléia crônica decorrente de síndrome dolorosa miofascial cervical* [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2001. p.134.

Perissinotti E. *Aspectos psiquiátricos da migrânea*. In: 5° Simpósio Brasileiro e Internacional sobre Dor — SIMBIDOR.; 2001; São Paulo: Lemos Editorial. p.115–118.

Philips C, Hunter M. Pain behavior in headache sufferers. *Behav Analysis Modifications* 1981;4:257-266.

Philips C. Assessment of chronic headache behavior. In: Melzack R, editor. *Pain management and assessment*, New York: Raven Press, 1983. pp.155-163.

Plotkin WB. *The alpha experience revisited: Biofeedback in the transformation of psychological state*. *Psychological Bull.* 1979;86(5);Sep:1132-48.

Rabello GD. *Estudo transversal em uma população hospitalar: fatores constitucionais e ambientais relacionados à migrânea*. São Paulo, 2000. Tese

(Doutorado), São Paulo, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.
127p.

Radat F. *Migraine et comorbidité psychiatrique*. Rev Neurol (Paris). 2005;161:5-7,675-6.

Radat F. *Psychopathologie et céphalées*. Rev Neurol (Paris). 2000;156(4):462-7.

Raij TT, Numminen J, Narvanen SS, Hiltunen J, Hari R. *Brain correlates of subjective reality of physically and psychologically induced pain*. PNAS February 8, 2005;102(6):2147–2151.

Rasmussen BK. Epidemiology of headache in Europe. In: Olesen (Ed). *Headache Classification and Epidemiology*. New York: Raven Press; 1994. p.231-7.

Ravani PJ. *Multidimensional pain inventory: revised profile Classification based on clinical observations: In a pain setting*. Presented to the Faculty of the Graduate School of Biomedical Sciences. University of Texas Southwestern Medical Center at Dallas. Masters of Science. Dallas, Texas. July, 2005. pp. 145.

Rice KM, Blanchard EB, Purcell M. *Biofeedback treatments of generalized anxiety disorder: Preliminary results*. *Biofeedback Self Regul*. 1993;18(2);Jun:93-105.

Riley III JL, Gilbert GH. *Orofacial pain symptoms: an interaction between age and sex*. Pain, 90: 245-256, 2001.

Riley III JL, Robinson ME, Wise EA, Myers CD, Fillingim RB. *Sex differences in the perception of noxious experimental stimuli: a meta-analysis*. *Pain*, 74: 181-187, 1998.

Rosenzweig MR, Breedlove SM, Leiman AR. *Biological Psychology. An Introduction to Behavioral, Cognitive, and Clinical Neuroscience*. 3rd ed. Sunderland; Massachusetts: Sinauer Associates, Inc; 2002.

Rosner B. *Fundamentals of Biostatistics*. 2nd ed. Boston: PWS Publishers; 1986.

Rossi EL. *A Psicobiologia da Cura Corpo-Mente*. 2^a ed. Tradução de Moraes ARP. Campinas: Livro Pleno; 2001. p.292-3.

Rost W. Aplicação do PRIME-MD na assistência primária. São Paulo: Roche; 1999;1:12-18.

Rudy TE, Turk DC, Zaki HS, Curtin, HD. *An empirical taxometric alternative to traditional classification of temporomandibular disorders*. *Pain*, 1989;36; 311-320.

Saper JR, Lake AE. *Borderline personality disorder and the chronic headache patient: review and management recommendations*. *Headache*. 2002;42(7):663-74.

Sarnoff DP. *The computer as a tool to alter consciousness*. *Journal of Creative Behavior*. 1983;17(4):259-66.

Saxena PR, Tfelt-Hanssen P. Triptans, 5-HT_{1B/1D} receptor agonists in the acute treatment of migraine. In J. Olesen, P. Tfelt-Hansen, & K. M. A. Welch (Eds.), *The headaches*. Philadelphia: Lippincott, Williams, & Wilkins. 2000, 2nd ed., pp. 411–438.

Schmid A, Peper E. Strategies for Training Concentration. In Williams JM (ed). *Applied Sport Psychology*. Mountain View: Mayfield Publishing Co.; 1998. p.316-28.

Schneider CJ, Wilson ES. *Special Consideration for EMG Biofeedback Training*. Wheat Ridge, CO: Foundation of *Biofeedback Practice*, *Biofeedback Society of America*. Atlanta; 1985; pp.131-9.

Schwartz MS. *Biofeedback: A Practitioner's Guide*. The Guilford Press, New York; 1995, 237-248.

Seidlitz L, Diener E. Sex differences in the recall of affective experiences. *J Pers Soc Psychol*, 74: 262-271, 1998.

Shulman BH. *Aspectos Psiquiátricos da Cefaléia*. In: Diamond S. *Clínicas médicas da América do Norte*. 1991. v.3, p.721-9.

Silberstein SD, Lipton RB, Breslau N. *Migraine: association with personality characteristics and psychopathology*. *Cephalalgia*. 1995;15(5);Oct:358-69.(discussion 336).

Silberstein SD, Lipton RB, Goadsby PJ. *Headache in clinical practice*. Oxford: Isis Medical Media; 1998b. p.61-98.

Silberstein SD, Lipton RB. *Overview of diagnosis and treatment of migraine*. *Neurology*. 1994;44-6-16.

Silberstein SD, MD, FACP, for the US Headache Consortium. Practice Parameter: Evidence-Based Guidelines For Migraine Headache (An Evidence-Based Review) Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology.

Silberstein SD, Rothrock J. The State of Migraine: Prevention and Treatment. A *Monograph for Continuing Medical Education Credit*. This monograph is funded by an unrestricted educational grant from Abbott Laboratories. February 1st, 2002. Version 1.0

Silberstein SD. Practice parameter: Evidence-based guidelines for migraine headache (an evidence-based review): Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology*, 2000;55;754-762.

Silberstein SD. *Preventive treatment of migraine: an overview*. Cephalalgia. 1997;7:67-72.

Simone DA, Sorkin LS, Oh U, Chung JM, Owens C, LaMotte RH, Willis WD. *Neurogenic hyperalgesia: central neural correlates in responses of spinothalamic tract neurons*. J Neurophysiol. 1991;66(1):228–246.

Siniatchkin M, Gerber WD, Kropp P, Voznesenskaya T, Vein AM. *Are the periodic changes of neurophysiological parameters during the pain-free interval in migraine related to abnormal orienting activity?* Cephalalgia. 2000;20(1):20-9.

Sonnenrich C, Estevão G, Silva Fo. LMA. *Psiquiatria: Propostas, Notas, Comentários*. São Paulo, Lemos, 1999, pp 155-68.

Spertus IL, Burns J, Glenn B, Lofland K, McCracken L. *Gender differences in associations between trauma history and djustment among chronic pain patients*. Pain, 82: 97-102, 1999.

Spitzer RL, Kroenke K, Linzer M. *Health related quality of life in primary care patients with mental disorders: results from the PRIME-MD 1000 Study*. JAMA. 1995;274:1511-7.

Spitzer RL, Williams JBW, Kroenke K. *Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care: the PRIME-MD 1000 Study*. JAMA. 1994;272:1749-59.

Stang P, Von-Korff M, Galer BS. *Reduced labor force participation among primary care patients with headache*. J Gen Intern Med. 1998;13(5):296-302.

Sterman MB. *EEG Biofeedback: Physiological Behavior Modification*. Neurosci Biobehav Rev. 1981;5:405-12.

Stern RM, Ray WL, Quigley, KS. *Psychophysiological recording*. England: Oxford University Press; 2001.

Stewart W, Breslau N, Keck PE. *Comorbidity of migraine and panic disorder*. Neurology. 1994;44(10);(Suppl 7);Oct:23-7.

Stewart WF, Lipton RB, Celentano DD, Reed ML. *Prevalence of migraine headache in the United States: relating to age, income, race, and other socio demographic factors*. JAMA. 1992;267:64-9.

Strassman AM, Potrebic S, Maciewicz RJ. *Anatomical properties of brainstem trigeminal neurons that respond to electrical stimulation of dural blood vessels*. J Comp Neurol. 1994;346:349-65.

Surwillo WW. *Psychophysiology for clinical psychologists*. Norwood: Ablex Publishing Corp; 1990. p.174.

Tansey MA. *Wechsler (WISC--R) changes following treatment of learning disabilities via EEG biofeedback training in a private practice setting*. Australian Journal of Psychology. 1991;43(3);Dec:147-53.

Tfelt-Hansen P. A review of evidence-based medicine and meta-analytic reviews in migraine. *Cephalalgia*, 2006, 26(11): 1265-1274.

Timm NH. *Multivariate Analysis with Applications in Educations and Psychology*. Monterrey: Brooks/Cole; 1975.

Trautmann E, Lackschewitz H, Kröner-Herwig B. Psychological treatment of recurrent headache in children and adolescents - a meta-analysis. *Cephalalgia*, 2006, 26(12), 1411-1426.

Turk DC, Kerns RD. Assessment in health psychology: a cognitive-behavioral perspective. In: Karoly J (ed). *Measurement strategies in health psychology*. New York: Wiley; 1985. p.335-72.

Turk DC, Okifuji A. *Directions in prescriptive Chronic Pain management based on diagnostic characteristics of the patient*. APS Bulletin. 1998; Sep-Oct:5-11.

Turk DC, Okifuji A. *Perception of traumatic onset compensation status and physical findings: impact on pain severity emotional distress and disability in chronic pain patients*. J Behav Med. 1996;19:435-53.

Turk DC, Rudy TE. *Toward an empirically-derived taxonomy of chronic pain patients: Integration of psychological assessment data*. Journ Consult Clinical Psych, 1988;56:233-238.

Turk, DC, Rudy TE. *The robustness of an empirically derived taxonomy of chronic pain patients*. Pain, 1990;43:27-35.

- Unruh, M. A. *Gender variation in clinical experience*. Pain, 1996;65:123-167
- Van-Hook, E. *Non-pharmacological treatment of headaches--why?*. Clin Neurosci. 1998;5(1):43-9.
- Venneman JA. *Effects of thermal and EEG biofeedback on brainwave synchrony*. Medical Psychotherapy: An International Journal. 1991;4:61-9.
- Villemure C, Bushnell, MC. *Cognitive modulation of pain: how do attention and emotion influence pain processing ?*. Pain. 2002;95:195-9.
- Vincent M. *Fisiopatologia da migrânea (ou enxaqueca)*. In: Simpósio Cefaléia. Ribeirão Preto: Medicina; 1997;30;Out-dez:428-36, capítulo II.
- Waldie KE, Poulton R. *Physical and psychological correlates of primary headache in young adulthood: A 26 year longitudinal study*. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2002;72:86–92.

Anexos

Anexo 1

HOSPITAL DAS CLÍNICAS
da
FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Instruções para preenchimento no verso)

I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL

1. NOME DO PACIENTE DATA NASCIMENTO:/...../.....
DOCUMENTO DE IDENTIDADE N.º : SEXO : .M F
ENDEREÇO N.º APTO:
BAIRRO: CIDADE
CEP:..... TELEFONE: DDD (.....)

II. - DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA: **ESTUDO SOBRE A EFETIVIDADE DA TÉCNICA DE BIOFEEDBACK EM UM GRUPO DE DOENTES COM MIGRÂNEA**

PESQUISADOR: Dirce Maria Navas Perissinotti

CARGO/FUNÇÃO: Psicóloga

INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL N.º CRP 06/07888

UNIDADE DO HCFMUSP: .Divisão de Psicologia do ICHC da FMUSP e Clínica Neurológica da FMUSP

3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

SEM RISCO RISCO MÍNIMO X RISCO MÉDIO
RISCO BAIXO RISCO MAIOR

(probabilidade de que o indivíduo sofra algum dano como consequência imediata ou tardia do estudo)

4. DURAÇÃO DA PESQUISA : 24 meses

1. justificativa e os objetivos da pesquisa; 2. procedimentos que serão utilizados e propósitos, incluindo a identificação dos procedimentos que são experimentais; 3. desconforto e riscos esperados; 4. benefícios que poderão ser obtidos; 5. procedimentos alternativos que possam ser vantajosos para o indivíduo.

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa que busca estudar a efetividade de um método de tratamento psicológico com doentes que têm problemas semelhantes ao seu, **Migrânea**. Esta forma de tratamento chama-se *biofeedback*. Pretendemos investigar se as reações psicológicas, quando tratadas com este método interferem ou não em seu estado de dor, para tanto, vamos fazer uma avaliação em que o(a) senhor(a) será entrevistado(a) e passará por alguns testes e por tratamento psicológico, caso concorde. Estamos prevendo que isto ocorrerá em 10 encontros, duas vezes por semana, individualmente. O tratamento consiste em detectar os sinais corporais através de um eletrodo colocado na superfície da pele. Esse sinal é detectado pelo computador e em seguida, faremos um treinamento. As pessoas que concordarem em participar da pesquisa será subdivididas em dois grupos: um, o grupo de doentes que será examinado e tratado através dos sinais obtidos pelo aparelho. O outro grupo será acompanhado pelo tratamento tradicional da clínica. Os resultados serão comparados com outro grupo de pessoas que receberá o tratamento padrão estabelecido pela clínica. Não se preocupe, em nenhuma das situações haverá algo que possa causar dano, desconforto, ou dor, ou qualquer coisa desagradável ao senhor(a). Caso queira desistir mesmo após o início ou término de sua participação não haverá qualquer prejuízo em seu tratamento aqui no Hospital das Clínicas, pois seu tratamento médico é independente da participação ou não nesta pesquisa, e deve seguir dentro do que já havia sido estabelecido. As informações que nos fornecer serão sigilosas e serão tratadas de modo que você não seja reconhecido pelas informações dadas. Sua contribuição participando nesta pesquisa será valiosa e importante, pois poderemos através do que você nos disser e dos resultados obtidos, identificar fatores e situações psicológicas que aumentam, aliviam (ou não), ou mesmo que modificam a dor em doentes com problema semelhante ao seu. Você poderá ter acesso aos resultados finais a que chegarmos se desejar,

pois a pesquisa será publicada. Acreditamos que talvez possamos contribuir para que aconteça uma reorientação, modificação ou mesmo novos modos de estabelecer o esquema de tratamento, ou seja, intervenções diferentes para que possamos obter melhores resultados em tratamentos para a migrânea.

IV - ESCLARECIMENTOS DADOS PELO PESQUISADOR SOBRE GARANTIAS DO SUJEITO DA PESQUISA CONSIGNANDO:

1. acesso, a qualquer tempo, às informações sobre procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para dirimir eventuais dúvidas.
 2. liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e de deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuidade da assistência.
 3. salvaguarda da confidencialidade, sigilo e privacidade.
 4. disponibilidade de assistência no HCFMUSP, por eventuais danos à saúde, decorrentes da pesquisa.
 5. viabilidade de indenização por eventuais danos à saúde decorrentes da pesquisa.
-

V. INFORMAÇÕES DE NOMES, ENDEREÇOS E TELEFONES DOS RESPONSÁVEIS PELO ACOMPANHAMENTO DA PESQUISA, PARA CONTATO EM CASO DE INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS E REAÇÕES ADVERSAS.

Dirce Perissinotti 3069-6459

VI. OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES:

VII - CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente Protocolo de Pesquisa

São Paulo, de de 200 .

assinatura do sujeito da pesquisa ou responsável legal

assinatura do pesquisador
(carimbo ou nome Legível)

Anexo 2 - TABELAS

Tabela 1a. Distribuição dos doentes quanto a amostra total experimental e comparativa em relação às variáveis estatísticas (média, mediana, variância e desvio padrão) em percentagem (%) e números absolutos (n) em relação aos gêneros, às idades, estado civil, classificação socioeconômica (ABIPEME), religião, escolaridade e ocupação.

Gênero	Amostra total	Experimental	Comparativa
Masculino	15 (25%)	11 (36,6%)	4 (13,3%)
Feminino	45 (75%)	19 (63,3%)	26 (86,6%)
Idades			
Mediana	42	38,5	44,5
Desvio padrão	12,3829	12,5599	12,2499
ABIPEME			
A	0	0	0
B1	3 (5%)	2 (6,6%)	1 (3,3%)
B2	12 (20%)	8 (26,6%)	4 (13,3%)
C	26 (43,3%)	12 (40%)	14 (46,6%)
D	19 (31,6%)	8 (26,6%)	11 (36,6%)
E	0	0	0
Ocupação			
Trabalha atualmente	20 (30,3%)	11 (36,6%)	9 (30%)
Desempregado	15 (25%)	8 (26,6%)	7 (23,3%)
Aposentado por tempo de serviço	5 (8,32%)	2 (6,6%)	3 (10%)
Aposentado por problemas de saúde	4 (6,6%)	2 (6,6%)	2 (6,6%)
Prendas domésticas	16 (26,6%)	7 (23,3%)	9 (30%)
Mediana de anos de estudo	8	8	7,5
Religião			
Católica	25 (41,6%)	16 (53,3%)	9 (30%)
Crente/evangélica	29 (48,3%)	12 (40)	17 (56,6%)
Umbanda/Espiritualista	5 (8,32%)	4 (13,3%)	1 (3,3%)
Testemunha de Jeová	1 (1,6%)	1 (3,3%)	0
Estado civil			
Casado ou amasiado	27 (45%)	14 (46,6%)	13 (43,3%)
Solteiro	12 (20%)	7 (23,3%)	5 (16,6%)
Viúvo	4 (6,6%)	1 (3,3%)	3 (10%)
Divorciado, desquitado ou separado	17 (28,3%)	8 (26,6%)	9 (30%)

Tabela 2a - Distribuição dos doentes (em percentagem e em n) quanto a amostra total, experimental e comparativa em relação ao PRIME-MD, achados do protocolo psicológico e qualidade de saúde.

PRIME	Amostra Total	Experimental	Comparativa
Sem anormalidades mentais	19 (31,6%)	10 (30%)	9 (33,3%)
Transtornos de ansiedade	23 (38,3%)	11 (36,6%)	12 (40%)
Transtornos depressivos	16 (26,6%)	9 (33,3%)	8 (26,6%)
Outros transtornos mentais	2 (3,3%)	0	2 (6,6%)
Queixas			
Aspectos físicos, exclusivamente	23 (38,3%)	7 (23,3%)	16 (53,3%)
Afetivo-emocionais, exclusivamente	13 (21,6%)	11 (36,6%)	2 (6,6%)
Físicos e afetivo-emocionais, conjuntamente	17 (28,3%)	9 (30%)	8 (26,6%)
Dinâmica familiar	5 (8,3%)	2 (6,6%)	3 (10%)

Esfera social	2 (3,3%)	1 (3,3%)	1 (3,3%)
Anamnese			
Conflitos pré-morbido à situação de dor	18 (30%)	13 (43,3%)	5 (16,6%)
Conflitos concorrentes	16 (26,6%)	7 (23,3%)	9 (30%)
Conflitos secundários a dor	17 (28,3%)	5 (16,6%)	12 (40%)
Miscelânea	9 (15%)	5 (16,6%)	4 (13,3%)
Qualidade da saúde			
Excelente	0	0	0
Muito boa	16 (26,6%)	7 (23,3%)	9 (30%)
Boa	15 (25%)	7 (23,3%)	8 (26,6%)
Razoável	22 (36,6%)	13 (43,3%)	9 (30%)
Ruim	7 (23,3%)	3 (10%)	4 (6,6%)

Tabela 3a – Excertos dos relatos das sessões semi-dirigidas dos quesitos queixa, sintoma doloroso com sentido simbólico e sem sentido simbólico, anamnese e desfecho do tratamento.

	Queixa	Com sentido	Sem sentido	Anamnese Psicológica	Desfecho do Tratamento
1	Médicos ainda não encontraram remédio.	X		Problemas de saúde do marido	Aprendeu o manejo dos primeiros indícios da crise e resolve problemas de memória
2	Situações tensas com a mãe	X		Desde pequena percebe problemas familiares interferem em seu desenvolvimento	Identifica os primeiros indícios de crise. A gente vê que consegue fazer.
3	Sente-se nervoso.	X		Não consegue as coisas com gostaria	Melhorou porque soube identificar desencadeante da dor e fica menos tenso.
4	Dor incomoda para dormir	X		Dificuldade para desempenho sexual	Sente-se melhor porque as crises são menos frequentes e com menor intensidade.
5	Não consegue acreditar que é migrânea. Pensa que é algo mais grave	X		Problemas conjugais e desde criança tímida	Acredita que precisa encontrar tratamento para falar mais, pois não consegue encontrar amiga para desabafar.
6	Incomodo que a dor causa o impossibilita de estudar	X		Desde pequeno era motivo de preocupação dos pais. Sentia-se excepcional pelas limitações no comer brincar e tomar sol.	Tratamento ajudou a reconhecer-se ativo nas situações.
7	Irritabilidade, impulsiva, quer ter vida melhor	X		Já fez tratamento psicológico por não conseguir antes de agir. Aborto aos 18a que repercute até hoje. Culpa.	Parece sentir-se melhor, mas a dor diminuiu, pensa que se estabilizou.
8	Conflitos de relacionamento com o pai.	X		Conflitos com os pais e onicofagia.	Melhorou, mas sabe que muito de sua dor está relacionada com o problema de relacionamento familiar.
9	Cefaléia após quadro convulsivo (sic) no primeiro ano de vida	X		Muitos problemas juntos a dor problemas com o marido, com a mãe e desde criança auto-estima baixa, insegurança e não consegue se posicionar.	Aprendeu o manejo dos primeiros indícios da crise e aprendeu a saber que pode se controlar
10	Desde que se casou começou a ter problemas de saúde	X		Ex-marido separou porque ela não se motivava para atividade sexual.	Sente-se melhor, mas fica em duvida sobre se tomar a atitude de tomar o remédio teria função sobre se sentir melhor.
11	Acha que a cefaléia tem relação com a preocupação que sua mãe tem com ele.	X		Mãe muito preocupada com ele, pais brigavam muito, agora separados. Desde pequeno, bronquite. Quando melhorou da bronquite a dor de cabeça aumentou.	Dor melhorou 70% e outras coisas também. Estava preso e agora bem melhor consigo mesmo, sem receios e mais confiante. Agora não dependo mais, nem do remédio.
12	Já enfrentei muitos desafios. Há 5 anos não durmo e acordava	X		Sonho pouco, mas sei que sonho. Evito situações novas. Metódico. Hipertenso. Está se preparando para fazer doação de	Tratamento muito válido. O que vale a gente se respeitar em nosso ritmo.

	deprimido			rim ao irmão.	
13	Hipertensa e incompatibilidade com preventivos de crise.		X	Obesa desde jovem. Muitas complicações de saúde como retenção de líquido e já fez inúmeros regimes.	Qualidade de vida melhorou de 10 para 20 e a dor melhorou uns 60 a 70%.
14	Não tenho a vida gostosa de antes.	X		Parece que a dor faz a gente esquecer a vida. Vou tentar esse tratamento, mas acho que vai ser igual aos outros.	A dor melhorou por ter tido a oportunidade de se dar conta de sua posição de dependência.
15	Gosta de sua vida e não pretende se desfazer de como vive.		X	Vive em ambiente rural, exposta a conflitos de terra e está em SP para cuidar da dor porque não consegue cuidar de seus 9 filhos. Marido não aceita o fato de vir se tratar tão longe.	Consegue fazer escolhas mais destemidamente com relação ao que o marido pensa.
16	Dor incomoda além de perdas afetivas, de trabalho e econômicas.	X		Vem vivendo inúmeras indecisões. Precisei vender tudo. Parece haver conflitos de identificação sexual.	Consegue superar episódios de dor sem medicação por identificar indícios precoces.
17	Ressente-se de não ter o mesmo desempenho anteriores ao acidente de moto.		X	Incapacitado para o trabalho, não pretende se envolver afetivamente com outra mulher. Decepção. Problemas familiares. Pensa que depressão é jeito de não se responsabilizar pela vida.	Pensa que o tratamento deve ter influído no alívio, mas não consegue identificar o manejo totalmente.
18	Sente dor no fundo do olho e anosgarmia.		X	Reservada e pouco faz referência a seus problemas. Refere que sempre apresentou problemas sexuais. Não gosta de trabalhar com o público e teve por tal fato.	Melhora da dor e acha que consegue se sentir menos com a influencia dos outros em sua vida.
19	Problemas conjugais com os dois maridos e hoje só quer resolver a dor.	X		Grave osteoporose e relacionamento com o marido grave. Quer trabalhar e não consegue o que faz sentir-se pior.	Incomoda-se menos com a presença dos outros.
20	Sente-se pra baixo desde que aposentou.	X		Casado em vias de se separar. Não consegui fazê-la satisfeita. Esposa pensa que somos ricos.	Melhorou 60% e que deveria haver mais sessões para que obtivesse maior melhora.
21	Problemas cardíacos. Constante estado de alerta.	X		Cardiopata e se diz indiferente aos relacionamentos afetivos.	Melhorou o relacionamento e se sente melhor da dor.
22	Vida familiar conturbada. Dificuldade para manter atenção, concentração e desempenho para a matemática.	X		Apresenta dor desde pequeno e diz que problemas de desempenho escolar estão relacionados à dor. Problemas de estrutura familiar.	Aprendeu o manejo dos primeiros indícios da crise
23	Vive sob constante ameaça real onde reside.		X	Tem comércio em bairro violento e já sofreu vários assaltos. Vive sob tensão constante. Pai doente e teve uma das irmãs que foi assassinada por traficantes por ter se envolvido com ele.	Apareceram outras motivações e a dor deixou de ser importante.
24	Tratamento com psicólogo não adianta. Igreja ajudou levantar dos tombos.		X	Quer tratamento com medicação preventiva de crise. Sofre problemas sociais (enchente, desemprego do marido e doença dos filhos).	Já não tem episódios de dor diz que se sente apta para suportar dor em 1 ou 2.
25	Dor incapacita para afazeres.		X	Atribui aos problemas físicos a responsabilidade por questões psicológicas. Sugere simulação.	Acha que melhorou e que o tratamento a ajudou a desmistificar que psicólogo não trata de louco.
26	Expectativa de aposentadoria pela cefaléia	X		Sente aperto no peito. Tem filho deficiente mental dependente. Vários problemas saúde que não consegue cuidar.	Não sabe se está melhor, mas acha que o bom foi ter se conhecido ao fazer os exercícios.
27	Acidente de trabalho fez iniciar as dores.	X		Sente-se desocupado após aposentadoria. Sentimento de inutilidade á mercê de irrupção depressiva.	Ajudou a ter independência da medicação.
28	Dor como expiação, relacionamento conjugal difícil	X		Acha que seus problemas são espirituais e, portanto a medicina não poderia ajudá-la. Já apresentou depressão que não trata mais. Problemas familiares, conjugais e físicos.	Melhorou a dor passou de 6 para 2, mas gostaria de ter melhorado a dependência.
29	Dor de cabeça por problemas no fígado	X		Desde jovem vive decepção afetiva que a absorve e imobiliza. Vários problemas sociais, afetivos e relacionamento familiar.	O aparelho faz as pessoas mudarem. Parece que vê as coisas lá de dentro.
30	Enciumada e dificuldades para relacionamento.	X		Sente muita raiva de por conseguir colocar-se de modo assertivo. Não consegue emagrecer. Dificuldade para	Melhorou 50% e o resto fica para quando encontrar emprego.
					Antes ficava com as coisas na cabeça sem poder responder a coisa ficava na

Ressentida.	relacionamento afetivo.	garganta sem responder e aquela raiva não era boa.
-------------	-------------------------	--

Tabela 4a - Distribuição dos doentes em relação ao teste estatístico T de Student, análise pré e pós tratamentos para as amostras experimental e comparativa, segundo critérios do MPI.

Teste t de Student	Experimental	Comparativo
Interferência na Vida	0,43040	0,08197
Sentimento de Apoio	0,27312	0,41982
Intensidade da Dor	0,03389	0,09479
Controle da Vida	0,02496	0,01426
Sufrimento Afetivo	0,76236	0,23242
Respostas Negativas	0,32533	0,78019
Respostas Solícitas	0,25133	0,37844
Respostas Distrativas	0,03154	0,39961
Tarefas Domésticas	0,36307	0,97264
Tarefas externas	0,02958	0,02248
Atividades Distrativas	0,00584	0,28793
Atividades Sociais	0,78549	0,65118
Atividade Geral	0,03888	0,32513

Tabela 5a – Qui-quadrado (<0,05)

Qui-quadrado	Experimental	Comparativo
Sexo	0,144127	0,000059
PRIME	0,048379	0,069803
ABIPEME	0,078553	0,002262
Ocupação	0,035172	0,119287
Queixa	0,015037	0,000037
Anamnese	0,125330	0,140646
Qualidade da Saúde	0,034067	0,518937

Tabela 6a - avaliação pré e pós tratamentos para setores do MPI através do teste estatístico de ANOVA (Análise de Variância com medidas repetidas - modelo linear multivariado) para grupo experimental e comparativo.

Setores (n = 30)	Média	Desvio Padrão	Mediana	Mínima	Máxima
Interferência na vida					
Experimental Pré	3,49300	1,21197	3,59500	0,88000	5,57000
Experimental Pós	3,64833	1,31247	3,65000	0,77000	5,60000
Comparativo Pré	4,20800	0,90468	4,33000	2,50000	5,66000
Comparativo Pós	3,69233	1,33729	3,49500	0,77000	5,77000
Sentimento de Apoio					
Experimental Pré	3,91700	1,54598	3,83000	0	6,00000
Experimental Pós	4,18700	1,31659	4,33000	2,00000	6,00000
Comparativo Pré	3,39233	1,75831	4,00000	0	5,66000
Comparativo Pós	3,70867	1,06146	3,33000	2,33000	6,00000
Intensidade da Dor					
Experimental Pré	4,04667	1,10144	4,00000	2,00000	5,33000
Experimental Pós	3,84400	1,17746	3,00000	1,00000	5,00000
Comparativo Pré	4,17133	1,16336	4,33000	0	6,00000
Comparativo Pós	3,67000	1,19547	3,66000	0	5,33000
Controle da Vida					
Experimental Pré	3,24167	1,43612	3,00000	0,50000	6,00000
Experimental Pós	4,12733	1,15213	4,50000	1,50000	6,00000

Comparativo Pré	3,86667	1,55327	4,00000	1,00000	6,00000
Comparativo Pós	3,62200	1,14965	3,58000	1,50000	6,00000
Sofrimento Afetivo					
Experimental Pré	3,25833	0,92018	1,66000	3,33000	5,00000
Experimental Pós	3,53100	0,77225	3,33000	2,00000	5,00000
Comparativo Pré	3,78533	0,96722	3,83000	2,00000	5,50000
Comparativo Pós	3,39000	1,11960	3,33000	0	5,00000
Respostas Negativas					
Experimental Pré	2,12500	1,58896	1,50000	0	6,00000
Experimental Pós	2,00900	1,35939	1,50000	0	5,50000
Comparativo Pré	1,02500	1,09731	0,75000	0	4,00000
Comparativo Pós	1,64967	1,17594	1,87500	0	4,00000
Respostas Solícitas					
Experimental Pré	2,96867	1,38017	2,70500	0	6,00000
Experimental Pós	3,23200	1,40511	2,83000	1,33000	6,00000
Comparativo Pré	2,50367	1,51843	2,16000	0	5,00000
Comparativo Pós	2,83400	1,32573	2,50000	0,3300	6,00000
Respostas Distrativas					
Experimental Pré	2,45833	1,68037	2,75000	0	6,00000
Experimental Pós	3,20567	1,34799	3,00000	0	6,00000
Comparativo Pré	2,49167	1,49926	2,62500	0	5,25000
Comparativo Pós	2,81333	1,33054	3,00000	0	5,40000
Tarefas Domésticas					
Experimental Pré	2,98667	1,55884	3,00000	0	6,00000
Experimental Pós	3,58333	1,85544	4,10000	0	5,80000
Comparativo Pré	3,72833	1,33634	4,00000	0	6,00000
Comparativo Pós	3,71333	1,71926	4,00000	0,20000	6,00000
Tarefas Externas					
Experimental Pré	2,02167	1,60364	2,00000	0	5,50000
Experimental Pós	2,37733	1,48881	2,00000	0	6,00000
Comparativo Pré	1,67700	1,08044	1,50000	0	4,50000
Comparativo Pós	2,47333	1,39850	2,00000	0,80000	6,00000
Atividade Distrativa					
Experimental Pré	1,80000	0,82629	2,00000	0	3,00000
Experimental Pós	2,68667	1,27867	2,12500	0,75000	6,00000
Comparativo Pré	1,99167	0,93653	1,62500	1,00000	3,75000
Comparativo Pós	2,19700	1,22592	2,25000	0	5,00000
Atividades Sociais					
Experimental Pré	2,06067	1,08862	2,00000	0	4,25000
Experimental Pós	2,32567	1,22982	2,00000	0	5,66000
Comparativo Pré	2,06033	1,03996	2,00000	0,25000	4,00000
Comparativo Pós	1,92000	1,05614	1,62500	0	4,28000
Atividade Geral					
Experimental Pré	2,21933	0,82973	2,44000	0,25000	3,69000
Experimental Pós	2,74467	1,12557	2,69500	0,44000	5,87000
Comparativo Pré	2,35433	0,59386	2,23000	0,94000	3,44000
Comparativo Pós	2,57667	0,90225	2,47000	0,75000	4,46000

Tabela 7a – Análise de variância (ANOVA) para os grupos experimental e comparativo.

	Comportamento dos grupos	Médias pré/pós tratamento	Avaliação pré/pós tratamento
Interferência na Vida	0,1412	0,0823	0,4264
Sentimento de Apoio	0,9312	0,0586	0,2773
Intensidade de Dor	0,4874	0,9069	0,1049
Controle da Vida	0,0393	0,0143	0,5596
Sofrimento Afetivo	0,0983	0,0188	0,0758
Respostas Negativas	0,1503	0,0021	0,3209
Respostas Solícitas	0,0378	0,0075	0,0320
Respostas Distrativas	0,3849	0,5410	0,0319
Tarefas Domésticas	0,3394	0,1196	0,3635

Tarefas Externas	0,3983	0,6271	0,0300
Atividade Distrativa	0,1052	0,4320	0,0107
Atividade Social	0,3786	0,2414	0,7859
Atividade Geral	0,3972	0,9086	0,0397

Gráfico 1a – Comportamento dos setores do MPI em doentes que referiram a qualidade da queixa inicial na esfera social.

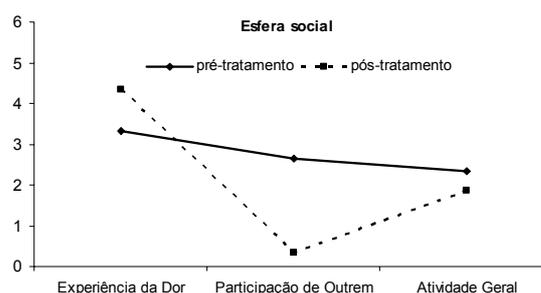
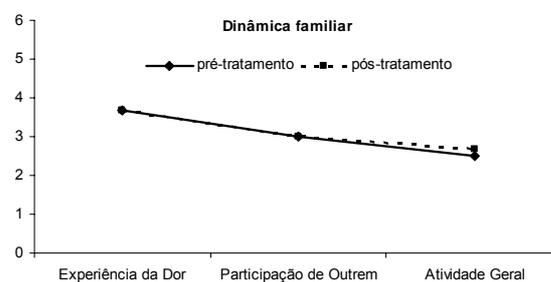


Gráfico 2a – Comportamento dos setores do MPI em doentes que referiram a qualidade da queixa inicial problemas na dinâmica familiar.



Anexo 3

Multidimensional Pain Inventory - MPI

Kerns RD, Turk DC, Rudy TE. The West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory (WHYMPI). *Pain*, 23 (1985) 345-356. Tradução - A Baptista, 1987, Adaptação para o português do Brasil: Figueiró, JAB, 1998.

VERSÃO DO DOENTE

Nome:

RGHC:

Data:

1ª SETOR

Pretendemos conhecer melhor a sua dor e saber como é que ela afeta sua vida. Abaixo de cada pergunta está uma escala para registrar a sua resposta. Leia cada questão cuidadosamente e faça um círculo no número da escala que melhor corresponde ao modo como essa pergunta se aplica a você. Um exemplo vai ajudá-lo a entender melhor como deve responder.

Exemplo

Quando você vai ao dentista, quanto você fica nervoso?

0	1	2	3	4	5	6
Nada nervoso						Extremamente nervoso

Se você **não fica nada nervoso** quando vai ao dentista, deve fazer um círculo em torno do número 0 (zero). Se quando você vai ao dentista fica **extremamente nervoso ou o mais nervoso que você pode imaginar ou suportar**, deve fazer o círculo em torno do número 6(seis). Os números mais baixos indicam: **1- se fica muito pouco nervoso, 2- se fica um pouco nervoso**. O número intermediário 3 deve ser escolhido **se você fica mais ou menos nervoso**. Os mais altos **4- se você fica bastante nervoso e 5- se você fica muito nervoso**.

1- Avalie a intensidade da sua dor no momento presente.

0	1	2	3	4	5	6
Sem dor						Dor muito intensa

2- De um modo geral, até que ponto a sua dor interfere com as atividades do seu dia a dia?

0	1	2	3	4	5	6
Nenhuma interferência						Extrema interferência

3- Desde que sua dor iniciou, até que ponto as dores alteraram as suas capacidades de trabalho?

() (Faça uma X no parênteses caso tenha se aposentado por razões que não têm nada a ver com a dor)

0	1	2	3	4	5	6
Nenhuma alteração						Extrema alteração

4- Até que ponto a sua dor alterou a satisfação e o prazer que tem em participar atividades sociais e recreativas?

0	1	2	3	4	5	6
Nenhuma alteração						Extrema alteração

5- Até que ponto o seu cônjuge (ou outra pessoa significativa) é compreensivo ou o ajuda em relação à sua dor?

0	1	2	3	4	5	6
Nada compreensivo						Extremamente compreensivo

6- Avalie de um modo genérico o seu humor (disposição) durante a última semana.

0	1	2	3	4	5	6
Extremamente triste						Extremamente alegre

7- Avalie a intensidade média da sua dor durante a última semana.

0	1	2	3	4	5	6
Nada intensa						Extremamente intensa

8- Até que ponto a sua dor alterou a sua capacidade de participar em atividades sociais ou recreativas?

	0	1	2	3	4	5	6
	Nenhuma alteração						Extrema alteração
9- Até que ponto a sua dor alterou a satisfação que tem em participar nas atividades da vida familiar?	0	1	2	3	4	5	6
	Nenhuma alteração						Extrema alteração
10- Até que ponto o seu cônjuge (ou outra pessoa significativa) está preocupado com você devido as suas dores?	0	1	2	3	4	5	6
	Nada preocupado						Extremamente preocupado
11- Durante a <u>última semana</u> , até que ponto sentiu que controlava as coisas que aconteceram na sua vida?	0	1	2	3	4	5	6
	Nenhum controle						Extremo controle
12- Avalie o seu <u>sofrimento</u> devido as dores.	0	1	2	3	4	5	6
	Nenhum sofrimento						Extremo sofrimento
13- Até que ponto a sua dor alterou o seu relacionamento como o seu cônjuge, família ou outra pessoa significativa?	0	1	2	3	4	5	6
	Nenhuma alteração						Extrema alteração
14- Até que ponto a sua dor alterou a satisfação ou prazer que tem com seu trabalho? () (Faça uma X no parênteses se não trabalha atualmente)	0	1	2	3	4	5	6
	Nenhuma alteração						Extrema alteração
15- Até que ponto o seu cônjuge (ou pessoa significativa) lhe dá atenção devido à sua dor?	0	1	2	3	4	5	6
	Nenhuma atenção						Extrema atenção
16- Durante a última semana, até que ponto se sentiu capaz de lidar com seus problemas?	0	1	2	3	4	5	6
	Nada capaz						Extremamente capaz
17- Até que ponto a sua dor alterou as suas capacidades de executar as tarefas domésticas?	0	1	2	3	4	5	6
	Nenhuma alteração						Extrema alteração
18- Durante a <u>última semana</u> , até que ponto se sentiu irritável?	0	1	2	3	4	5	6
	Nada irritável						Extremamente irritável
19- Até que ponto sua dor alterou as suas relações de amizade com pessoas que não são da família?	0	1	2	3	4	5	6
	Nenhuma alteração						Extrema alteração
20- Durante a <u>última semana</u> , até que ponto andou tenso ou ansioso?	0	1	2	3	4	5	6
	Nada tenso ou ansioso						Extremamente tenso ou ansioso

2ª SETOR

Pretendemos agora conhecer como seu cônjuge (ou outra pessoa significativa) se comporta quando ele(a) sabe ou nota que você está com dores. Na escala abaixo de cada pergunta, assinale com um círculo o número que melhor indica o modo como o seu cônjuge (marido, esposa, companheiro ou outra pessoa significativa como seu pai, sua mãe ou pessoa com quem more) reage quando você tem dores. Por favor, responda a todas as 14 perguntas. Por favor, identifique o grau de relacionamento entre você e a pessoa em que está pensando para responder as questões abaixo:

1- Ignora-me.

0	1	2	3	4	5	6
Nunca						Com muita frequência

2- Pergunta o que é que pode fazer para me ajudar.

0	1	2	3	4	5	6
Nunca						Com muita frequência

3- Lê alguma coisa para mim.

0	1	2	3	4	5	6
Nunca						Com muita frequência

4- Se irrita comigo.

0	1	2	3	4	5	6
Nunca						Com muita frequência

5- Faz o meu trabalho ou minhas obrigações.

0	1	2	3	4	5	6
Nunca						Com muita frequência

6- Fala comigo para afastar a minha mente das dores.

0	1	2	3	4	5	6
Nunca						Com muita frequência

7- Mostra-se frustrado.

0	1	2	3	4	5	6
Nunca						Com muita frequência

8- Tenta me fazer descansar.

0	1	2	3	4	5	6
Nunca						Com muita frequência

9- Tenta fazer com que eu me envolva em alguma atividade.

0	1	2	3	4	5	6
Nunca						Com muita frequência

10- Mostra-se com raiva

0	1	2	3	4	5	6
Nunca						Com muita frequência

11- Me dá remédios para as dores.

0	1	2	3	4	5	6
Nunca						Com muita frequência

12- Me encoraja para que me dedique aos meus passatempos.

0	1	2	3	4	5	6
Nunca						Com muita frequência

13- Me dá alguma coisa para comer ou beber.

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

Nunca							Com muita frequência
14- Liga a televisão para afastar a minha mente das dores.	0	1	2	3	4	5	6
Nunca							Com muita frequência

3ª SETOR

Dezoito atividades comuns do dia a dia estão descritas abaixo. Indique com que frequência você realiza essas atividades, assinalando com um círculo o número da escala que melhor corresponde ao seu grau de atividades.

1- Lavar a louça.

	0	1	2	3	4	5	6
Nunca							Com muita frequência

2- Cortar a grama:

() (Faça uma X no parênteses se não tem grama para aparar)

	0	1	2	3	4	5	6
Nunca							Com muita frequência

3- Comer fora.

	0	1	2	3	4	5	6
Nunca							Com muita frequência

4- Jogar cartas ou outro jogo.

	0	1	2	3	4	5	6
Nunca							Com muita frequência

5- Ir às compras.

	0	1	2	3	4	5	6
Nunca							Com muita frequência

6- Trabalhar no jardim.

() (Faça uma X no parênteses se não tem jardim ou quintal)

	0	1	2	3	4	5	6
Nunca							Com muita frequência

7- Ir ao cinema.

	0	1	2	3	4	5	6
Nunca							Com muita frequência

8- Visitar amigos

	0	1	2	3	4	5	6
Nunca							Com muita frequência

9- Ajudar na limpeza da casa.

	0	1	2	3	4	5	6
Nunca							Com muita frequência

10- Trabalhar no carro.

() (Faça uma X no parênteses se não tem carro)

	0	1	2	3	4	5	6
Nunca							Com muita frequência

11- Passear de carro ou ônibus.

	0	1	2	3	4	5	6
Nunca							Com muita frequência

12- Visitar familiares:

() (Faça uma X no parênteses se não tem familiares no espaço de 50 Km)

0	1	2	3	4	5	6
<hr/>						
Nunca						Com muita frequência

13- Cozinhar.

0	1	2	3	4	5	6
<hr/>						
Nunca						Com muita frequência

14- Lavar o carro.

() (Faça uma X no parênteses se não tem carro)

0	1	2	3	4	5	6
<hr/>						
Nunca						Com muita frequência

15- Fazer viagens.

0	1	2	3	4	5	6
<hr/>						
Nunca						Com muita frequência

16- Ir à praia ou parques.

0	1	2	3	4	5	6
<hr/>						
Nunca						Com muita frequência

17- Lavar a roupa.

0	1	2	3	4	5	6
<hr/>						
Nunca						Com muita frequência

18- Fazer consertos necessários em casa.

0	1	2	3	4	5	6
<hr/>						
Nunca						Com muita frequência

Nome:-----RGHC-----

Data:-----/-----/-----

MPI – ESCORES:**1ª SETOR**

	Questões/ Pontuação					Total
	2/	3/	4/	8/	9/	
1. Interferência	13/	14/	17/	19/		9/
2. Apoio	5/	10	15/			3/
3. Intensidade	1/	7/	12/			3/
4. Controle	11/	16/				2/
5. Sofrimento	6/	18/	20/			3/

2ª SETOR

	Questões/Pontuação					Total
	1/	4/	7/	10/		
1. Respostas negativas						4/
2. Respostas solícitas	2/	5/	8/	11/	13/	6/
	14/					
3. Respostas distrativas	3/	6/	9/	12/		4/

3ª SETOR

	Questões/ Pontuação					Total
	1/	5/	9/	13/	17	
1. Tarefas domésticas						5/
2. Respostas externas	2/	6/	10/	14/	18/	5/
3. Atividades distantes de casa	3/	7/	11/	15/		4/
4. Atividades sociais	4/	8/	12/	16/		4/
5. Atividade geral	Média das questões da Setor 3					18/

Escalas	Perguntas
Experiência da Dor	
1. Interferência na vida	2- De um modo geral, até que ponto a sua dor interfere com as atividades do seu dia a dia? 3- Desde que sua dor começou até que ponto as dores alteraram as suas capacidades de trabalho? 4- Até que ponto a sua dor alterou a satisfação e o prazer que tem em participar atividades sociais e recreativas? 8- Até que ponto a sua dor alterou a capacidade de participar em atividades sociais ou recreativas? 9- Até que ponto a sua dor alterou a satisfação que tem em participar nas atividades da vida familiar? 13- Até que ponto a sua dor alterou o seu relacionamento como o seu cônjuge, família ou outra pessoa significativa? 14- Até que ponto a sua dor alterou a satisfação ou prazer que tem com seu trabalho? 17- Até que ponto a sua dor alterou as suas capacidades de executar as tarefas domésticas? 19- Até que ponto sua dor alterou as suas relações de amizade com pessoas que não são da família?
2. Apoio	5) Até que ponto o seu cônjuge (ou outra pessoa significativa) é compreensivo ou o ajuda em relação à sua dor? 10) Até que ponto o seu cônjuge (ou outra pessoa significativa) está preocupado com você devido as suas dores? 15) Até que ponto o seu cônjuge (ou pessoa significativa) lhe dá atenção devido à sua dor?
3. Intensidade	1) Avalie a intensidade da sua dor no momento presente. 7) Avalie a intensidade média da sua dor durante a última semana. 12) Avalie o seu sofrimento devido as dores.
4. Controle da Vida	11- Durante a <u>última semana</u> , até que ponto sentiu que controlava as coisas que aconteceram na sua vida? 16- Durante a <u>última semana</u> , até que ponto se sentiu capaz de lidar com seus problemas?
5. Sofrimento afetivo	6- Avalie de um modo genérico o seu humor (disposição) durante a <u>última semana</u> . 18- Durante a <u>última semana</u> , até que ponto se sentiu irritável? 20- Durante a <u>última semana</u> , até que ponto andou tenso ou ansioso?
Participação de Outrem	
1. Respostas negativas	1) Ignora-me 4) Se irrita comigo. 7) Mostra-se frustrado. 10) Mostra-se com raiva.

2. Respostas solícitas	2) Pergunta o que é que pode fazer para me ajudar.	5) Faz o meu trabalho ou minhas obrigações.	8) Tenta me fazer descansar.	11) Me dá remédios para as dores.	13) Me dá alguma coisa para comer ou beber.	14) Liga a televisão para afastar a minha mente das dores.
3. Respostas distrativas	3) Lê alguma coisa para mim.	6) Fala comigo para afastar a minha mente das dores.	9) Tenta fazer com que eu me envolva em alguma atividade.	12) Me encoraja para que me dedique aos meus passatempos.		
Atividade Geral						
1. Tarefas domésticas	1) Lavar a louça.	5) Ir às compras.	9) Ajudar na limpeza da casa.	13) Cozinhar.	17) Lavar a roupa.	
2. Tarefas externas	2) Cortar a grama (X)	6) Trabalhar no jardim. (X)	10) Trabalhar no carro (X)	14) Lavar o carro (X)	18) Fazer consertos necessários em casa.	
3. Atividades distrativas em casa	3) Comer fora.	7) Ir ao cinema.	11) Passear de carro ou ônibus.	15) Fazer viagens.		
4. Atividades sociais	4) Jogar cartas ou outro jogo.	8) Visitar amigos.	12) Visitar familiares. (X)	16) Ir à praia ou parques.		
5. Atividade geral	Média das questões da Secção 3					

Anexo 4

Prime^{MD} **AVALIAÇÃO DE DISTÚRBIOS MENTAIS PARA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

MANUAL DE INSTRUÇÕES **Atualizado para DSM-IV**

O PRIME-MD foi desenvolvido por Robert L. Spitzer, MD, Janet B. W. Williams, DSW, Kurt Kroenke, MD, Mark Linzer, MD, Frank Verloin de Gruy III, MD, Steven R. Hahn, MD e David Brody, MD e subscrito por um fundo educacional irrestrito da Pfizer Inc.

Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute,
722 West 168th Street, Unit 74, New York, NY 10032 (Drs Spitzer e Williams).

Tradução para o Português: Dr. Renério Fráguas Jr; Dr. Sérgio G. Henriques Jr

Projeto Depressões Secundárias - Interconsultas - Instituto de Psiquiatria do
Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
Rua Ovídeo Pires de Campos S/N CEP 0540301

Prime^{MD} **AVALIAÇÃO DE TRANSTORNOS MENTAIS PARA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

GUIA DE AVALIAÇÃO CLÍNICA

Atualizado para o DSM-IV

Instruções

1. Instruções a você são impressas em azul e/ou em quadros sombreados de azul. Questões ou colocações que você faz ao doente são impressas em preto.
2. Dentro de cada módulo, proceda seqüencialmente de questão a questão a menos que a instrução seja ir para uma outra questão ou sair do módulo. Lembre-se: sempre vá para a questão seguinte a menos que a instrução seja ir para outro lugar.
3. Diagnósticos estão em quadros com fundo vermelho.
4. Saída significa sair do módulo que você está. Então vá para o próximo módulo que deve ser avaliado ou para a Folha de Resumos na última página.

Nome do Doente: _____ RG HC: _____
Nome do Médico _____ Data ____/____/____

Introdução ao Doente

Deixe-me ver suas respostas do questionário (QP). Eu vou fazer algumas perguntas para que você me ajude a compreender alguns dos sintomas que você assinalou. Eu vou anotar ao longo de nossa entrevista.

INICIANDO OS MÓDULOS DO GUIA DE AVALIAÇÃO CLÍNICA (GCA)

Inicie os módulos na ordem na qual eles aparecem no GCA (primeiro Humor, segundo Ansiedade e Somatoforme por último)

Escolha os módulos para iniciar baseado nas respostas do doente ao QP como segue:

Pelo menos três de #1 a #15 Somatoforme	#16 Alimentar	#17 ou #18 Humor	#19, #20 ou #21 Ansiedade	Pelo menos um de #22 a #25 Álcool
--	------------------	---------------------	------------------------------	---

Algum módulo não assinalado no questionário do doente pode ser iniciado se você tem outras razões para suspeitar de um diagnóstico naquele módulo.

MÓDULO DE HUMOR

Depressão Maior Nas últimas 2 semanas, você teve algum dos seguintes problemas <u>quase todos os dias</u> ?		
1. Dificuldade para começar a dormir ou continuar dormindo, ou dormido demais?	Sim	Não
2. Sentir-se cansado ou tendo pouca energia?	Sim	Não
3. Pouco apetite ou comendo demais?	Sim	Não
4. Pouco interesse ou prazer em fazer as coisas?	Sim	Não
5. Sentindo-se "para baixo", deprimido ou sem esperanças?	Sim	Não
6. Sentindo-se mal em relação a você mesmo -- ou que você é um fracasso ou tem estado ou deixado sua família "para baixo"?	Sim	Não
7. Dificuldade em se concentrar em coisas, como ler um jornal ou assistir televisão?	Sim	Não
8. Estar o mais inquieto ou irrequieto do que você era movimentando-se além do usual? Se não: E o oposto - movimentando-se ou falando tão lentamente que outras pessoas poderiam ter notado? Considere Sim se Sim à uma das questões ou se durante a entrevista foi observado retardo ou agitação psicomotora.	Sim	Não
9. Nas últimas 2 semanas, você tem pensado que seria melhor morrer ou se ferir de alguma maneira? Se Sim: Fale-me à respeito.	Sim	Não
10. Existem 5 ou mais respostas Sim de #1 a #9 (um dos quais para #4 ou #5)?	Sim--	Não

Distúrbio
Depressivo
Maior

vá para #12

REMISSÃO PARCIAL DE DEPRESSÃO MAIOR 11. Houve uma época quando você era ou muito <u>mais</u> "para baixo" ou deprimido (a), ou ainda tinha <u>menos</u> interesse ou prazer em fazer as coisas? Se Sim: Naquela época, você teve muitos dos problemas que eu acabei de lhe perguntar, como dificuldade para adormecer, para se concentrar, sentindo-se cansado, pouco apetite, pouco interesse pelas coisas? Considere Sim apenas se, no passado, doente provavelmente tivesse 5 dos sintomas #1 a #9 e reconhece na atualidade algum humor depressivo, pouco interesse ou pouco prazer.	Sim--	Não
DISTÍMIA 12. Durante os dois últimos anos, você freqüentemente tem se sentido "para baixo" ou deprimido, ou teve pouco interesse ou prazer para fazer as coisas? Considere Sim apenas se também for Sim para: Foi assim mais da metade dos dias os últimos 2 anos?	Remissão Parcial de transtorno depressivos maior	Não--
13. Nos <u>últimos 2 anos</u> , isso tem freqüentemente dificultado você a fazer o seu trabalho, cuidar das coisas em casa ou conviver com outras pessoas.	Sim--	Não vá para #14
DEPRESSÃO MENOR 14. Foi diagnosticado Depressão Maior (incluindo remissão parcial) em #10 ou #11?	Sim--	Não
15. As respostas foram Sim em 2 ou mais questões em #1 a #9 (uma das quais é #4 ou #5)?	Sim--	Não
BIPOLAR 16. Alguma vez um médico lhe disse que você tinha um transtorno maniaco-depressivo, um transtorno do humor ou era bipolar, ou lhe prescreveu Lítio? Se Sim: Quando foi? Você sabe por que?	Sim--	Não saída
DEPRESSÃO DEVIDO A UMA DOENÇA FÍSICA, MEDICAÇÃO OU OUTRAS DROGAS 17. Os sintomas depressivos atuais decorrem provavelmente de efeitos biológicos de uma doença física, medicação ou outra droga?	Sim-- ou em dúvida	Não-- saída

MÓDULO DE ANSIEDADE

PÂNICO Se a questão #21 do questionário do doente (crise de ansiedade) está assinalada Não, vá para #33	Adicione R/O Transtorno Depressivo Menor devido a uma doença física, medicação ou outras drogas	Sim Não--
18. Você respondeu que teve uma crise de ansiedade esse mês, Isso já aconteceu antes?		
19. A crise acontece às vezes de repente sem que você espere? Se não está claro: Em situações onde você não espera estar nervoso ou desconfortável?	Sim	Não-- vá para #33
20. Você tem se preocupado muito em ter uma outra crise ou que algo está errado com você? Considere Sim se alguma vez esteve presente.	Sim	Não-- vá para #33
Pense em sua última crise realmente intensa. Vá para #32 assim que você checou 4 sintomas que ocorreram durante a última pior crise do doente		vá para #33
21. () Você teve falta de ar?	25. () Você sentiu como se estivesse se sufocando?	28. () Você sentiu vertigem, desequilíbrio ou sensação que ia desmaiar?
22. () Seu coração acelerou, deu um pulso, teve batadeira ou palpitação?	26. () Você teve ondas de calor ou calafrios?	29. () Você teve formigamento ou dormência em partes de seu corpo?
23. () Você teve dor ou pressão no peito?	27. () Você teve náusea ou desconforto no estômago, ou a sensação de que teria	30. () Você teve tremores ou abalos?
24. () Você suou?		

uma diarreia?		31. () Você ficou com medo de morrer?	
32. Quatro ou mais de #21 a #31 assinalados?		Sim--	Não--
Ansiedade Generalizada		Transtorno do Pânico	
33. Você tem se sentido nervoso, ansioso ou inquieto na maioria dos dias no último mês?		Sim	Transtorno Ansioso SOE vá para #44
Durante o último mês você se sentiu frequentemente incomodado por algum desses problemas?			
34. () Sentindo-se tão inquieto que é difícil ficar parado?	36. () Músculos com tensão com dor ou doloridos?	38. () Dificuldade para se concentrar nas coisas tais como ler um livro ou assistir TV?	
35. () Cansando-se facilmente?	37. () Dificuldade para adormecer ou continuar dormindo?	39. () Ficar incomodado ou irritado ou facilmente?	
40. Há 3 ou mais assinalados de #34 a #39?		Sim	Não-- vá para #44
41. No último mês esses problemas o dificultaram para trabalhar, tomar conta da casa ou conviver com outras pessoas?		Sim	Não--
42. Nos últimos 6 meses você tem estado muito preocupado com diversas coisas ? Considere como Sim apenas se Sim para: Isso acon-teceu durante mais da metade dos dias nos últimos 6 meses?		Sim	Não-- Transtorno de Ansiedade SOE- vá para #45
43. Quando você está preocupado desse jeito você descobre que não consegue parar?		Sim-- Transtorno de Ansiedade SOE- vá para #45	Não-- Transtorno de Ansiedade SOE- vá para #45
44. Foram diagnosticados Transtorno do Pânico ou Transtorno de Ansiedade SOE?		Sim	Não-- Transtorno de Ansiedade SOE- vá para #45
ANSIEDADE DEVIDO À DOENÇA FÍSICA, MEDICAÇÃO OU OUTRA DROGA			
45. Os sintomas de ansiedade atuais provavelmente são devidos aos efeitos biológicos de uma doença física, medicação ou outra droga?		Sim-- dúvida--	Não-- saída

Adicione R/O
Transtorno
Ansioso devido a
uma doença
física, medicação
ou outra droga
saída

saída

MÓDULO DE ALCÓOL

ABUSO/DEPENDÊNCIA DE ALCÓOL SEÇÃO A No outro questionário você disse que... Se SIM no #22 do questionário do doente Se SIM no #23 do questionário do doente Se SIM no #24 do questionário do doente Se SIM no #25 do questionário do doente	...você achou que deveria diminuir o uso de bebidas alcoólicas. Por quê? ...alguém se queixou de seu hábito de beber. Quem? Por quê? ...você se sentiu culpado ou aborrecido com seu hábito de beber. Por quê? ...você bebeu 5 ou mais doses num mesmo dia no mês passado. Com que frequência você bebeu essa quantidade nos últimos 6 meses? Isso lhe causou algum problema?	
SEÇÃO B Avalie as questões #46 a #50 através de qualquer uma das seguintes maneiras: 1) pergunte ao doente cada questão; 2) considere as respostas dadas acima; ou 3) considere outras informações conhecidas a respeito do doente, tais como informações obtidas de um familiar.		
46. Alguma vez um médico lhe sugeriu parar de beber por causa de um problema com a sua saúde? Considere como Sim se continuou a beber nos últimos 6 meses depois do médico ter lhe sugerido parar de beber.	Sim	Não
Alguma das situações seguintes aconteceu com você mais de uma vez nos últimos 6 meses?		
47. Você bebia, ficava alto pelo álcool ou de ressaca enquanto trabalhava, ia à escola ou realizava alguma atividade que necessitasse responsabilidade?	Sim	Não
48. Você acabou perdendo ou chegando atrasado no trabalho, na escola ou em outras responsabilidades porque você estava bebendo ou de ressaca?	Sim	Não
49. Você teve problemas em se relacionar com outras pessoas enquanto estava bebendo?	Sim	Não
50. Você dirigiu um carro depois de ter ingerido várias doses ou depois de ter bebido muito?	Sim	Não
51. Há pelo menos um SIM de #46 a #50 - OU as respostas na seção A indicam que o doente provavelmente teve um problema com álcool nos últimos 6 meses?	Sim--	Não--

provável abuso/
dependência de
álcool
SAÍDA

saída

MÓDULO ALIMENTAR

BULIMIA NERVOSA, COMER COMPULSIVO			
52. Você come freqüentemente, num período de 2 horas, o que a maioria das pessoas consideraria como uma <u>grande quantidade</u> de comida?	Sim	Não--	saída
53. Quando você come dessa maneira, você sente geralmente que você não consegue controlar <u>o quê</u> ou <u>o quanto</u> você esta comendo?	Sim	Não--	saída
54. Em média, Isso tem sido tão frequente quanto 2 vezes por semana nos últimos 3 meses?	Sim	Não--	
55. Você costuma provocar vômitos, ou tomar mais que o dobro da dose recomendada de laxantes, para evitar ganhar peso depois que come dessa maneira?	Sim	Não--	saída
56. Em média, isso tem sido tão frequente quanto 2 vezes por semana nos últimos 3 meses?	Sim--	Bulimia Nervosa, tipo purgativo saída	Não-- vá para #57
57. Você costuma jejuar - não comer nada durante pelo menos 24 horas - ou se exercitar por mais de uma hora especificamente para evitar ganhar peso depois de comer dessa maneira?	Sim		Não-- Transtorno do comer compulsivo saída
58. Em média, isso tem sido tão frequente quanto 2 vezes por semana nos últimos 3 meses?	Sim--	Bulimia Nervosa, tipo não purgativo saída	Não-- Transtorno do comer compulsivo saída

MÓDULO SOMATOFORME

MULTISSOMATOFORME		
<p>59. Dos sintomas físicos assinalados SIM no questionário do doente (itens #1 a #15), existem 3 ou mais que são somatoformes, isto é, que carecem de uma explanação física adequada para explicar a sua gravidade e incapacidade associadas, apesar de uma investigação clínica razoável? <u>Nota:</u> se um transtorno depressivo maior ou o transtorno do pânico também está presente, os sintomas físicos que são parte dos critérios diagnósticos para aqueles transtornos não são considerados somatoformes (por exemplo, palpitações ou falta de ar com transtorno do pânico e fadiga ou insônia com depressão maior).</p>	Sim	Não-- <input type="text" value="saída"/>
<p>60. Este doente teve esses ou outros sintomas físicos mal explicados por pelo menos muitos anos?</p>	Sim-- <input type="text" value="Transtorno Multissomatoforme"/>	Não-- <input type="text" value="Transtorno Somatoforme SOE"/>

FOLHA DE RESUMO

Nome do doente: _____ Número _____
Nome do médico: _____ Data ____/____/____

RESUMO DOS DIAGNÓSTICOS

Confira todos os diagnósticos efetuados nos módulos. Códigos pela CID-9 aparecem nos parênteses.

() Nenhum diagnóstico efetuado em qualquer módulo

HUMOR

() Transtorno Depressivo Maior (296.20)

() Remissão Parcial de transtorno Depressivo Maior (296.25)

() Distímia (300.4)

() Transtorno Depressivo Menor (311)

() Transtorno Bipolar R/O (se confirmado: 296.50)

() Transtorno Depressivo Devido a Doença Física, Medicamento ou Outra Droga

(se confirmado e devido a doença física:293.83)

(se confirmado e devido a medicamento ou outra droga: 292.84)

ANSIEDADE

() Transtorno do Pânico (300.01)

() Transtorno de Ansiedade Generalizada (300.02)

() Transtorno de Ansiedade SOE (300.00)

() Ansiedade Devido a Doença Física, Medicamento ou Outra Droga R/O

(se confirmado e Devido a uma Doença Física: (293.89)

(se confirmado e devido a Medicamento ou Outra Droga:(292.89)

ÁLCOOL

() Provável Abuso/Dependência de Álcool

(se confirmado Abuso de Álcool: 305.00)

(se confirmado Dependência de Álcool: 303.90)

ALIMENTAR

() Transtorno do Comer Compulsivo (307.50)

() Bulimia Nervosa, Tipo Purgativo (307.51)

() Bulimia Nervosa, Tipo Não Purgativo (307.51)

SOMATOFORME

() Transtorno Multissomatoforme (300.7)

() Transtorno Somatoforme SOE (300.7)

QUESTIONÁRIO DO DOENTE (Qp)
ATUALIZADO PARA O DSM-IV

Nome: _____ Idade: _____

Gênero: **Masculino** **Feminino** Data: _____

INSTRUÇÕES: Este questionário ajudará na compreensão dos problemas que você pode ter. Pode ser necessário perguntar-lhe mais sobre alguns desses itens. Por favor esteja certo de assinalar um quadradinho para todos os itens.

<i>No último mês você tem se incomodado muito com:</i>		<i>Durante o mês passado....</i>	
Sim	Não	Sim	Não
1. Dor de estômago		12. Constipação, intestino solto ou diarreia	
2. Dor nas costas, lombar		13. Náusea, gases ou indigestão	
3. Dor nos braços, pernas, ou juntas (joelhos, quadris, etc.)		14. Sentir-se cansado(a) ou com pouca energia	
4. Dores ou problemas menstruais		15. Problemas com o sono	
5. Dor ou problemas durante as relações sexuais		16. Sua alimentação estar fora de controle	
6. Dores de cabeça		17. Pouco interesse ou prazer para fazer as coisas	
7. Dor no peito (spell dim)		18. Sentir-se "para baixo", deprimido(a) ou sem esperanças	
8. Tonturas, vertigens		19. Nervosismo, sentir-se ansioso ou inquieto	
9. Desmaios		20. Preocupar-se com muitas coisas diferentes	
10. Sentir seu coração acelerado, com palpitação			
11. Falta de ar			
		21. Você teve uma crise de ansiedade (subitamente sentiu medo ou pânico)	
		22. Você pensou que deveria diminuir o quanto você bebe de álcool	
		23. Alguém se queixou de você beber	
		24. Você sentiu culpado ou aborrecido por causa da bebida	
		25. Houve algum dia em que você bebeu 5 ou mais doses de cerveja, vinho ou destilados	
		Globalmente você diria que sua saúde é:	
		Excelente	
		Muito boa	
		Boa	
		Razoável	
		Ruim	

Anexo 5

ABIPEME

CLASSIFICAÇÃO SOCIOECONÔMICA SEGUNDO A ABIPEME

Classe	Pontos	Total Brasil (%)
A1	30-34	1
A2	25-29	4
B1	21-24	7
B2	17-20	12
C	11-16	31
D	6-10	33
E	0-5	12

ITENS AVALIADOS PARA A PONTUAÇÃO DA ABIPEME

Posse de itens	Não tem	Tem			
		1	2	3	4 ou +
Televisão em cores	0	2	3	4	5
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	2	3	4	4
Automóvel	0	2	4	5	5
Empregada mensalista	0	2	4	4	4
Aspirador de pó	0	1	1	1	1
Máquina de lavar	0	1	1	1	1
Videocassete	0	2	2	2	2
Geladeira	0	2	2	2	2
Freezer (independente ou parte de geladeira duplex)	0	1	1	1	1

GRAU DE INSTRUÇÃO AVALIADA PELA ABIPEME

Grau de instrução do chefe da família	Pontos
Analfabeto/Primário incompleto	0
Primário completo/Ginasial incompleto	1
Ginasial completo/Colegial incompleto	2
Colegial completo/Superior incompleto	3
Superior completo	5

Anexo 6 - Excertos de sessões *Biofeedback*

MJCS ABIPEME/B2, 57 anos, fem. Prendas domésticas, católica, casada, 5ª. Série do 1º. Grau.

Dores incomodam muito depois da menopausa, acha que teria que tomar alguma coisa e que os médicos ainda não conseguiram acertar (SIC). Não tem “problemas familiares” (SIC) e desde nova é muito ativa, porque o marido ficou doente e não pode “deixar a peteca cair” (SIC). Marido quase precisou amputar o pé e desde então ela assumiu tudo. Hoje talvez a dor de cabeça seja jeito de ela ver que também tem vez (para si mesma), porque sempre cuidou dos filhos e do marido. Ela pensa que único problema que poderia ter é a vergonha de assinar em público (“talvez, né?” Perguntando-me). “Talvez porque ela sempre quis continuar os estudos e não conseguiu”(SIC). Sem anormalidades mentais (PRIME).

Biofeedback 3ª. Sessão - nesta semana não teve dor de cabeça e diz que tem dormido muito. Foi a primeira semana que está sem dor de cabeça. “É primeira vez que fiquei sem dor durante uma semana”(SIC).

5ª. Sessão – “consegui parar de se preocupar com a dor”(SIC).

6ª. Sessão – nesta semana referiu sentir-se “com problemas de memória e está preocupada”(SIC) com os sintomas. Teve dois episódios de dor, “mas fez exercícios e passou” (SIC).

7ª. Sessão – “memória melhorou” (SIC) VAS(0-6) = 3. Sugiro que procure atendimento psicoterápico.

DFM ABIPEME/C, 21 anos, fem, Desempregada, católica, casada, “estudo desde os 3 ou 4 anos”(SIC). Paciente refere muita dor e dificuldade para se dedicar aos estudos. Os sintomas agravam-se com situações tensas especialmente com relação a seu relacionamento com a mãe. Paciente relata que desde muito pequena, percebe dificuldades familiares interferirem em seu desenvolvimento. Reconhece-se introspectiva e tímida e atribuiu causa ao relacionamento materno difícil o que se perpetua até hoje. Transtorno ansiedade (PRIME).

Biofeedback 3ª. Sessão – “Os exercícios ajudaram” (SIC), ficou mais relaxada e menos tensa.

4ª. Sessão - refere que a mãe diz que é inibida, mas não acredita nisso, pois consegue se relacionar com as pessoas, mas não se abre fácil. Em certas situações não fico tão tensa. Em grupo é bem fechada, só no início do relacionamento.

6ª. Sessão - Aprendeu a ficar relaxada com os exercícios, “a mente não ficar pensando naquilo (dor) e fica mais calma”(SIC). Estresse é muito ruim. “O uso do aparelho é legal. Legal a gente vê que consegue fazer”(SIC). Facilitando mudar o comportamento. Sente-se como pessoa nervosa, com ansiedade e com depressão e acredita que o tratamento “pode ajudar muito, né?” (SIC).

7ª. Sessão - Facilmente consegue alterar os padrões, parece que já assimilou o manejo.

Última sessão – “Para mim acho que foram poucas sessões”(SIC). Acho que seria bom umas 15 ou 20 sessões. Não modificaria nada mais.

ERN ABIPEME/D Qp. Ruim, 20 anos, masc., Desempregado, diz que estuda desde 4 anos, faz conservatório (9º. Ano violino), desde pequeno estuda, crente (Igreja Renascer), solteiro. Sente-se extremamente nervoso, porque “não consegue as coisas como gostaria como deixar de ter dor (cabeça) e trabalhar”(SIC). Em casa acha que a mãe é a que põe ordem nas coisas. “Sabe como é... meu pai não tem horário fixo de trabalho. Então tudo fica com ela. Ela se preocupa comigo e acha que se eu não me cuidar terei problemas sérios”. “Eu fico em dúvida com isso”(SIC). Está se preparando para concurso (público), mas acha que a competição é muito difícil. Transtorno ansioso (PRIME).

Biofeedback 3ª. sessão - Teve dor de cabeça ontem à tarde e passou sem medicação só com o sono. Sonho de sábado para domingo. Sonhou que amigo estava pedindo perdão e desejava que houvesse as pazes entre eles. Relata fato ocorrido entre ele e um amigo que fez compras com seu cartão de crédito e o quanto gostaria que o sonho se realizasse, acontecesse.

4ª. Sessão - Nas férias teve bastante dor de cabeça, “mas agora não”(SIC). Esta semana que teve muitas atividades não aconteceu nada (dor). Teve sensação de sufocamento (SIC) em ônibus e metrô, mais acentuado ultimamente.

6ª. Sessão - Há duas semanas não tem tido dor de cabeça. “Acho que tenho ficado mais tranqüilo, menos preocupado”(SIC). O que tem deixado menos preocupado e mais tranqüilo é controlar melhor a ansiedade. Tem feito relaxamento.

7ª. Sessão - A última vez que teve dor foi VAS(0-6)= 5, há duas semanas. Nesse dia havia corrido muito, saiu de casa cedo, teve muitas atividades, som alto e só contribuiu para piorar.

8ª. Sessão - A última vez que veio a dor mesmo forte faz tempo, já faz tempo já, há uns dois meses.

9ª. Sessão - Desde final de junho não tem tido mais dor migrânea. Há outra dor que tem haver com a preocupação. Prestei a atenção que se acordar cedo tenho que dormir um pouquinho e passa que não é a dor de cabeça. Nenhuma delas aparece há mais ou menos um mês. Às vezes pode estar passando do horário de almoço e ela dói. O que tem a acrescentar sobre melhorar o tratamento, nada.

Última sessão - Melhorou o porquê da dor, porque eu não pedi para ela vir. Sem mais sugestões.

SMO 48 anos, masc. Inúmeros problemas somáticos associados, desde pequeno. Desempregado há alguns anos, às vezes faz bicos. Refere começo de dificuldade de desempenho sexual. Transtorno ansioso PRIME.

Biofeedback Primeira sessão com os eletrodos. VAS (0-6) = 1 hoje, no início da sessão.

2ª. sessão com eletrodos – alguma dificuldade para relacionar as atitudes com o manejo do exercício. 5ª. Feira não veio porque foi ao médico de tonteira na Neurotorrinolaringologista. Tenho ouvido estourado e labirintite. Problemas com Anestesia(?) Dor pós-cirurgia da tireóide. Vai fazer ressonância e tomografia. No final do mês vai começar tomar remédio. Há um mês não precisa tomar a Novalgina. O problema é que incomoda para dormir. Principalmente a dor nas juntas. 150mg Puran 500mg dia e cálcio. Ao final da sessão VAS=1 (0-6). Segunda sessão houve interrupção do trabalho por telefonema que o paciente recebeu aos 3'45 segundos.

4ª. sessão - VAS (0-6) = 1 está muito resfriado ontem à noite deu 3 de dor de cabeça. Por causa de problemzinho que eu tenho umas dívidas e pensava em receber e não recebi e estava contando com ele para pagar as dívidas. Problema de impotência. Encaminharei para a URO-HC. Início do auto-relaxamento VAS(0-6) = 1, pois esteve viajando no final de semana e fez muito bem, pois quer morar no Rio.

5ª. Sessão - está sem dor quase zero e relata que está com preocupações e que não tem dormido direito chegou a ficar sem dormir há três dias através. Ainda não conseguiu recuperar o sono. Calor do pescoço para cima e antes de operar da Tireóide (tireodectomia não sabe se total ou parcial) era pior e agora está aumentando de novo. Enrubesce quando os outros percebem e ele mesmo vê no espelho os olhos, até esposa pensa que bebeu. Já teve crise hipertensiva, três vezes. Primeira vez quando foi descoberto foi em 1996, com tremor e suor frio, na época com arritmia cardíaca quase teve infarto. Houve período que comecei a perceber à tarde que ela (pressão arterial) subia hoje 14x9, 13x8 (SIC).

Última sessão - acredita que foi bom o tratamento, porque se sente melhor e com menos dor. Pensa que só precisava mais vezes, ou seja, mais sessões.

AVGP ABIPEME/C, 29 anos, fem., Prendas domésticas, faz supletivo, 7ª. Serie. Sente muita dor e não consegue nem fazer a comida. Fica muito preocupada, pensa que pode ter algo muito sério(SIC). Já foi a outros médicos que disseram que é migrânea, mas como dói muito não consegue acreditar. Tem problemas conjugais e desde criança era tímida com dificuldades para relacionamento interpessoal nunca fez tratamento psicológico. Transtorno depressivo (PRIME).

Biofeedback 3a. Sessão - durante a menstruação, primeiro dia dor forte, segundo o dia todo e terceiro dia, forte pela manhã e diminuiu à tarde e noite. Dois dias doeu sem menstruação e 9 dias com dor, 8 deles com dor forte. Relata que em Julho 2003 - 5 dias de dor menstruação desregulada e às vezes mênstruo duas vezes ao mês. Três dias forte e dois leve para moderada. Agosto 2003 - 9 dias com dor 6 dias forte e 3 dias leve para moderada. Teve duas menstruações, mas o fluxo é de quatro dias. Setembro 2003 - Só doeu quando já estava menstruada por dois dias. Hoje não está com dor. Fica extremamente ansiosa quando vê médico para seu atendimento. Chegou a ficar emocionada e tensa no início da sessão. VAS(0-6) = de 5 para 6 não fica nada no estomago. Quando não fica nada no estomago fico nervosa. Desde a gravidez da filha que passou muito mal vem ocorrendo. Dói o trapézio e os ombros na nuca e lá no fundinho(SIC).

4ª. Sessão - esta semana não teve dor nenhuma, nem ameaça, pela semana toda. Já está sem dor há 15 dias. Na última vez semana só teve cabeça pesada, mas não dor. Embora tenha ameaça dor por sentir espirrando muito é pródromo de dor, mas hoje não ocorreu nada de dor.

5ª. Sessão - Não teve dor de cabeça somente dor nas costas bem localizada nos quadrantes 3 e 2 do tórax. Cefaléia de nível 0.

7ª. Sessão - no começo do mês teve muita dor, pois iria ficar menstruada, três dias com dor. Sempre tem dor no período pré-menstrual. Intensidade de dor foi igual as que tinha antes. Não fica nada no estomago.

8ª. Sessão - Relata que o medico do Posto prescreveu medicação preventiva que pedi a ela para esperar para começar a tomar após o termino de nosso tratamento. Flunarizina como preventivo.

Última sessão - acha que precisa de tratamento para falar mais porque não consegue encontrar amiga que possa desabafar.

EP ABIPEME/B2, 33 anos, masculino, Católico, casado, trabalha administração de empresas. Queixa-se do incomodo que a dor causa. Até para raciocinar está difícil. Crises muito freqüentes que o impossibilita de continuar estudar como gostaria. Desde pequeno com cefaléia, o que era motivo de muita preocupação para os pais. Às vezes, sentia-se como excepcional (incapacitado) em decorrência das restrições inclusive alimentares e atividades físicas não pode tomar sol, comer qualquer coisa, e hoje é obrigado a ter vida super regrada. Já se preocupou muito com a esposa (não casado oficialmente), mas já não se preocupa porque sabe compreender que poderia atrapalhar a vida da companheira, como já ocorreu.

Desistiu, por enquanto, de acompanhar a vida social com a esposa até que o tratamento (algum, né?) possa ajudá-lo a controlar a dor. No trabalho poderia ter melhor (alusão a melhoria de ascensão na carreira), mas "sabe que não pode ir à frente por causa da dor"(SIC). Sem anormalidades mentais (PRIME).

Biofeedback 2a. Sessão - Primeira medida, sinais extremamente ativos. GSR alto 17.

3ª. Sessão - Diz que ficou impressionado com o fato de o "nosso corpo poder oscilar tanto, em tão pouco tempo. Eu não sabia dessa capacidade que a gente tem de controlar o corpo e gosto disso"(SIC).

5ª. Sessão - teve dor de cabeça e procurou fazer os exercícios, mas ainda não conseguiu porque quando tem dor não se concentra para fazer o relaxamento. Pede para repetir os exercícios anteriores. Faço e parece que se convence de que a dor é imperativa no momento da crise.

6ª. Sessão - VAS(0-6) = 3 na semana. Disse que tem tentado praticar os exercícios durante a semana à noite ao deitar.

7ª. Sessão - Passou muito nervoso no trânsito e logo pensou que poderia se livrar do aborrecimento, fez os exercícios.

Última sessão - Pensar "em si mesmo, em seu corpo deveria ser sua prioridade" (SIC). Não pensava que se deixava tanto de lado. Espera poder sozinho conseguir praticar os exercícios.

ATC ABIPEME/B2, 55 anos, Feminino. Solteira, católica, trabalha, 1º. Grau completo. Irritabilidade e dor de cabeça, "impulsiva"(SIC). A dor a incapacita para seus afazeres e "quer ter vida melhor" (SIC). Já fez tratamento psicológico há algum tempo que foi interrompido porque a psicoterapeuta saiu do posto de saúde. Não procurou outro tratamento psicológico. Não consegue pensar antes de fazer as coisas. Engravidou aos 18 anos e abortou por medo dos pais, ficou revoltada e arrependida. Pensa que o fato interfere na dor ainda hoje, sente-se culpada (?). Não se mantém em relacionamento afetivo mais estável. Apresentou matiz distímico e sua história parece indicar que é condição pré-morbida, mas incrementada pela situação de cronicidade dolorosa.

Biofeedback 2ª. Sessão - Estressor verbal negativo conta sua situação familiar com a saída do pai de casa o que ainda deixa muito revoltada com o pai, pois já imaginou pai abandonar os filhos, naquela situação? Relato verbal. Estressor positivo. Peço para que ela agora pense em algo que lhe tenha sido muitíssimo bom. Tem dificuldade para lembrar de algo muito bom. Acho que não estou acostumada com isso (SIC).

4ª. Sessão - Paciente encaminhada por lombalgia importante a outro serviço, pois teve crise durante a semana, (penso que foi a pronto atendimento). Relata que foi ao médico. Já se submetera a vários tratamentos médicos, mas psicológico é a primeira vez. Refere ressentir-se especialmente de suas dificuldades para manter as atividades de vida diária e de trabalho mesmo em casa.

5ª. Sessão - relata que durante a semana não foi possível fazer os exercícios e que acha que sozinha não vai conseguir. Reforço que não se preocupe se vai conseguir, pois o importante é que tente fazê-los.

6ª. Sessão - diz que ainda tem dor e que embora tenha melhorado sente dificuldade para fazer os exercícios em casa.

7ª. Sessão - diz que não sabia que a psicóloga também ajudava com exercícios e que às vezes tem lembrado de fazê-los. Parece que se sente melhor não sabe dizer.

Última sessão - Diz que o VAS(0-6) = Passou de 5 para 3 quando tem dor e que isso é muito bom. Acha que a dor pode se estabilizar.

LPR 21 anos, fem. ABIPEME C, desempregada, fez a 6ª. série e "repeti muito" (SIC). Solteira. Frequenta há pouco tempo igreja evangélica, crente. É a 2ª. de três filhos e a única mulher. Tem astigmatismo. Há 6 meses começou a namorar e o pai não consentiu que o rapaz de 27 anos fosse namorar em casa. Alguns conflitos entre o pai, mãe e o pai e ela. Diz que por ser filha "única mulher" o pai é ciumento.

Desde a menarca com cefaléia. Sente-se irritada "fica querendo esmagar alguma coisa"(SIC). Onicofagia. Sente-se com muita raiva. Tem 2 irmãos. Transtorno Ansioso (PRIME).

Biofeedback Primeira sessão VAS(0-6) = 4.

2ª. Sessão - Esta semana na 2a. Feira passou mal, teve dor de cabeça com muita fraqueza geral. "Tava mole, mole, mole e minhas amigas perguntavam e eu não respondia nada, porque eu não conseguia falar nada" (SIC). "As palavras não saiam da minha boca". "Desta vez eu não tive ânsia de vômito e falta de ar". "Tive tremedeira não desmaiei, não conseguia abrir os olhos e só conseguia chorar". Começou quando foi para "essa escola e ficou assim" e conta novamente sobre os problemas da família, com relação ao pai. Decepcionada com o pai quando ele a expulsou de casa. "Sempre pensei que queria ter uma psicóloga"(SIC).

4ª. Sessão - Na semana do dia 28 de novembro por um dia não tomou café durante todo o dia e sentiu dor intensa de cabeça. Quando no dia seguinte tomou a dor aliviou. Pai não está recebendo salário porque a firma está falindo e o "salário da mãe não dá" (SIC). No último sábado o pai ficou discutindo e ela não manteve a discussão, pois queria ir a festa com o irmão. Hoje está sem dor. Quando a dor "estava querendo começar eu tomei café"(SIC). "Nas matérias que mexem com contas estou ruim" (SIC). A partir da 5a. Série queda do desempenho em matemática "eu tenho muito problema com conta" (SIC). Ultimamente "tenho tido dificuldade com as contas. "Sou muito difícil de decorar alguma coisa"(SIC). "Antes da dor de cabeça era muito diferente, não tinha esta dificuldade". "Quando eu não consigo fazer uma coisa eu fico nervosa, por eu não conseguir fazer fico muito tensa e aí dá a dor de cabeça"(SIC).

5ª. Sessão - sentia-se um pouco melhor, "mas em casa as coisas não estão bem"(SIC). A situação econômica a preocupa, pois terá que trabalhar e acha não vai conseguir conciliar os estudos e o trabalho.

6ª. Sessão - chora porque tem ressentimentos com o pai por não compreendê-la, diz que talvez ele não queira que ela consiga se independe. Dia que a mãe acha que ela não tem nada, que é frescura mesmo. "Só eu sei o que estou passando"(SIC). Com o irmão os pais não discutem.

7ª sessão - diz que a situação melhorou um pouco, mas ainda tem dor VAS(0-6) = 3 e que talvez não esteja adiantando procurar se tratar. Reforcei o fato de ela estar procurando ajuda e que o fato em si é muito importante. Sugeri que após o *Biofeedback* fizesse psicoterapia, pois parece que necessita enfrentar mais seus conflitos familiares para chegar a uma saída sem tanto sofrimento.

8ª. Sessão - Diz sentir-se mais aliviada, mas ainda com alguma dor. VAS(0-6) = 2. Reafirma a necessidade de psicoterapia, os exercícios poderiam auxiliá-la se tentasse investir nisso, por enquanto.

Última sessão - Diz que conseguiu melhorar, mas vai procurar fazer psicoterapia e "sabe que muito de sua dor está relacionado aos problemas com seus pais"(SIC).

MRR ABIPEME/D 28 anos fem. Colegial 2º. Ano, evangélica. Prenda doméstica, casada. Começou a apresentar cefaléia após quadro convulsivo. No primeiro ano de vida teve 1 episódio de crise convulsiva. Fez tratamento por 2 anos. Após suspender analgésicos foi melhorando aos poucos. Já preencheu critérios para cefaléia crônica diária, segundo informações da equipe. Antes ficava acamada (SIC). Muitos problemas juntos e a dor de cabeça, fica difícil de suporta: problema de relacionamento com marido, problemas conjugais, e de relacionamento familiar (Mãe) desde pequena. Auto-estima baixa, insegurança, dificuldades para se posicionar diante de qualquer pessoa. Transtorno ansioso (PRIME).

Biofeedback Primeira sessão - Talvez tenha alergia e parece ter rinite (SIC). Após morar no campo é que percebeu que poderia ter alergia. Lá é bem úmido. Relacionamento com marido está mais calmo. Primeira sessão VAS(0-6) = 6, ao final VAS(0-6) = 2.

2ª. Sessão - Controlada a epilepsia (com duas crises somente quando pequena). Será desligada do Amb. da Neuro, Dr. Marisa, só será atendida em caso de necessidade. Antes de terminar nosso tratamento terá retorno medição, (segundo médica que cuida da epilepsia e SIC). Quando da primeiro atendimento médico apresentava dor 4x por semana e havia esta semana ficado sem dor, depois que começou a trabalhar e ficou com dor. Ficou 1 ano sem dor após o tratamento.

3ª. Sessão - Nesta sessão a paciente refere que seu marido, na noite anterior, chegou um pouco "alto"(embriagado) e houve séria discussão entre eles, fato que a deixou extremamente aborrecida, não conseguindo dormir direito.

4ª. Sessão - Houve feriado entre as sessões ficamos 15 dias sem sessão. Nesta sessão seu VAS(0-6) = 6 inicial e termina com VAS(0-6) = 3. Paciente afirma que se sentiu bem melhor durante o intervalo das sessões, pois pensa que o fato de começar a falar de seus problemas ajuda a enfrentá-los. M. inicia dizendo que fará provas e que na próxima semana não poderá comparecer às duas sessões podendo somente estar presente na próxima.

5ª. Sessão - concentrar-se para fazer os exercícios tem sido a parte mais difícil de fazer os exercícios em casa.

6ª. sessão - VAS(0-6) = 3 e após a sessão VAS(0-6)= 1 na cabeça e nas costas VAS(0-6)= 3 e após VAS(0-6)+ou menos 1. "Hoje estava mais fresco o tempo, mais frio e chuvoso"(SIC) sente mais dor nas costas e nas pernas.

7ª. Sessão - VAS(0-6) = 3 queria esquecer algumas coisas do passado e jogo de vôlei uma das coisas que gostaria de ter se dedicado, mas como não deu ficou com aquela mágoa.

8ª. Sessão - VAS(0-6) = 3 acha que por ter dormido menos no final semana a dor hoje não está muito fraca. Poderia ter evitado, mas "não sabe se vale a pena ficar se proibindo de tudo" (SIC). Como se estivesse me perguntando. Respondo que temos que fazer escolhas na vida. Ter dor e suportá-las é uma delas assim como escolhe não se dedicar ao vôlei. Só não vale é ficar se arrependendo quando não se pode escolher mais.

Última sessão – Acha que valeu ter vindo, por que aprendeu a se controlar melhor a dor. Não sabe por quanto tempo conseguirá controlar a dor, mas agora sabe que pode e só isso já é bom.

MS ABIPEME/D, 43 anos, Fem., Separada, 7ª. Serie incompleta, católica, trabalha (faxineira, quando pode SIC).

Têm problemas prolactina aumentada e hipertensão, dores em demasia. Desde que se casou começou a ter problemas de saúde. Pensa que o ex-marido (SIC) a deixou porque ela não gostava muito de Gênero. Ele não me respeita. Problemas relacionamento conjugal. Qp-E ruim.

Biofeedback Primeira sessão com eletrodos conta que ficou internada 7 dias por lombalgia e precisou tomar até morfina, uma vez. Tomou Diazepan, antiinflamatório e Lisador. 10mg de 12 em 12 horas de Diazepan que já havia tomado antes do Fluoxetina e agora acabou e não está tomando nada de medicação psicotrópica. Vai tratar com homeopatia e tem consulta na semana seguinte. Não faz tratamento psiquiátrico.

Segunda sessão - Não resolveu nada o tratamento para migrânea com remédios. A fibromialgia também ficou estável, ficaria melhor só com o Parlodel, com o Premarin e Parlutal, porque ainda menstrua. Na época que tomava hormônios tinha crises horríveis. Hoje VAS(0-6) = 0. Quando menstruou teve dor 6, no último mês. Crise forte aí diminuía um pouquinho e aí voltava, enquanto tinha sinal de sangramento a cabeça não melhorou. Cefaléia secundária LSH e LH ???

3ª. sessão – tem mãe com problemas de pós AVC que necessita ajudá-la, a tratá-la. Então não pode se concentrar no auto-cuidado "como deve". Precisa sair de casa e andar muito a pé, "o que acha que atrapalha a sua dor de cabeça".

4ª. Sessão. – não consegue se concentrar nos exercícios, pois acha muito difícil ter que treinar. Parece que não assimila as orientações dadas. Começa a falar de sua relação com o marido como tem sido difícil. Pois embora separados ele sempre vai a sua casa.

5ª. Sessão – Diz que esta semana teve dor VAS(0-6) 3 por que não ficou tão ocupada com sua mãe. Tem uma irmã que mora no interior que está em SP para ajudar e assim ela não precisa fazer muito esforço para cuidar, dar banho na mãe. O esforço é o que atrapalha.

6ª sessão – a dor melhora esta semana e diz que não tem feito os exercícios em casa. Acha que a dor vai voltar com a nova menstruação.

7ª. Sessão – fazia tratamento na Gineco para Cefaléia, mas o médico de lá morreu e teve que mudar para o Amb da Neuro. Não sabe se os médicos daqui estão acostumados com seu tipo de dor. Suponho que esteja questionando o tratamento comigo também, uma vez que não está prescrito tratamento profilático para a dor. Acha que talvez o tratamento não seja o mais apropriado por que tem que ficar vindo toda semana. Gostaria de alguma coisa que tomasse e logo acabasse com a dor.

8a. Sessão – Diz que este mês teve dor na menstruação, mas já foi VAS(0-6)= 3 e que ficou surpresa por que ficou esperando a dor e ela veio bem menor. "Será que foi o tratamento? Acho que deve ser, né?". Não sabia que poderia melhorar por que sempre foi difícil e achava que não poderia ser diferente.

9ª. Sessão – Acha que o tratamento pode ter ajudado a melhorar a dor, mas não sabe se vai ficar sem a dor e sem o remédio. Penso que se referia ao Parlodel e o Fluoxetina, pois diz muitas vezes a eles. Não especifica qual dos dois faz se sentir melhor, penso que é o fato de ao tomar o remédio acreditar que esteja tomando também atitudes para combater a dor.

NASJR. ABIPEME/C Qp.B, 20 anos, masc., Colegial completo, solteiro, católico, desempregado.

Filho único homem caçula. Diz que supõe que sua cefaléia tem relação com a mãe que é muitíssimo preocupada com ele. Seus pais brigavam muito e desde pequeno tem bronquite, coisa que de um tempo pra cá melhorou, mas a dor de cabeça piorou (mais ou menos há 5 anos) a mãe não dorme se ele sair. Agora faz parte de grupo de jovens na igreja sente-se melhor, mas se sente dor a mãe não quer que saia e começa a dar um monte de remédio, "manda que eu va deitar". (Assujeitado no desejo materno??). Teve namorada, "mas não sei eu achava que ela ia deixar de gostar de mim logo-logo. Não sei paquerar, sou tímido demais". "Trabalhei no aeroporto de Guarulhos, de boy com umas psicólogas e foram legais. Elas me ajudaram a eu poder conversar com as pessoas". Eu era tímido. Transtorno ansioso (PRIME).

Biofeedback 2ª. Sessão – tem sempre dor e não gosta de tomar remédio, pode ficar viciado.

3ª. Sessão - Na última semana só teve dor ontem e foi fraquinha. Inicialmente 6 VAS(0-6) e depois da sessão 5, mas havia tomado remédio e passou a semana bem. Há dois dias teve dor que foi 3.

4ª. Sessão - Reparou que se come algo diferente como bolacha que comeu ontem (com chocolate, Passatempo). Não toma nada que tenha álcool. Sempre dói na têmpora D, latejante no ritmo do coração e fica mais acelerado. "Principalmente quando tô com o Dr. me deixa nervoso. Começa fraca e não consigo resolver".

5ª. Sessão - Não consigo fazer nada. Não consigo dominar a dor, me entreguei. Observa que se puser gelo nas têmporas melhora a dor.

6ª. Sessão - De pequeno tinha bronquite e ia direto para o hospital. Mãe fica tentando me colocar medo das coisas. Não consegue ter iniciativa para fazer as coisas é muito tímido. Desde pequeno a mãe sempre teve muito medo de que acontecesse alguma coisa ruim com ele. Ele diz que fala para a mãe que não pode ser assim. Agora só moram os dois em casa e aí prefere nem sair de final de semana, porque a mãe só fica preocupada achando que vão encontrá-lo morto, que vai acontecer alguma coisa muito ruim.

7ª. Sessão - Déficit de atenção associado na infância? Dificuldade para português, física e química. Matemática era fácil. Nunca teve convulsão, só bronquite. Caxumba teve quando tinha 8 ou 9 anos. Dificuldade para prestar atenção quando estou na igreja fico ouvindo o sermão, mas só fico prestando atenção em outras coisas. Consegue entender o que estão falando, mas aí vem outro pensamento na cabeça. Mais quando alguém fala alguma coisa. Demoro a decorar as coisas.

8ª. Sessão - “Inseguro comigo mesmo fico sempre me sentindo mal com os outros. Fico me achando mais magro, e quando comecei a sair com os outros me achando menos que os outros. Complexo de magreza. Tomei uma pá de remédio para engordar e a dor de cabeça piorou. Eu queria mudar de qualquer jeito; Não gosto de me sentir diferente dos outros”. Quer começar a fazer luta moay-tai para se sentir mais forte. A dor veio na quinta-feira e VAS(0-6) ficou 4 e 3 e ficou 4 após bom tempo. Foi dormir e a dor melhorou, sem a necessidade de tomar medicação.

9ª. Sessão - De modo geral “a dor melhorou 70% e também outras coisas”(SIC). “Tava preso e agora me sinto mais relaxado. Continuo ansioso e estou bem melhor comigo mesmo, sem receio de sair e mais confiante. No trabalho (bico) está melhor porque to sem dor e estou mais sossegado, antigamente estava de cabeça baixa e agora” (SIC). “Meu tio até falou que o tratamento esta fazendo bem. Só de saber que não preciso mais remédio - tudo da alergia e agora não to dependente de tomar remédio. Agora não to tomando remédio e estou tranqüilo”.

DS 47anos, masc, ABIPEME B1, trabalha (pastor com curso superior de Teologia), crente (batista), casado, Qp Boa. Se apresenta como metódico, caseiro. Já enfrentei muitos desafios. Evito situações novas. Minhas filhas têm sido nossa realização. Tem muita insônia entre 1:30h e 2:00h acorda todos as noites e fica até mais ou menos 3:30 ou 4:00h para voltar a dormir. Há 5 anos passou a tomar tranqüilizantes e acordava deprimido (Kiatrium?). “Sonho pouco, mas sei que sonho”. Transtorno de Ansiedade (PRIME).

Biofeedback Primeira sessão - Nivelar o GSR para (+ ou -)12. Hoje chegou a 14.05. Inicialmente foi encaminhado por estar com fígado gordo (SIC), por problemas alimentares. Sedentário. Com hipercolesterolemia. Cefaléia, migrânea. VAS(0-6) = 6. Dor no braço em aperto à esquerda, mas pensa que é tensional. Cardiologista disse que ECG nl (SIC). Retorno no Amb Fígado em maio de 2003. Dor de cabeça por 15 dias, “horível” (SIC). Quando fez exame de toque “fiquei com dor de cabeça horrível”(SIC). VAS(0-6) = 5 média diária. VAS(0-6) hoje ligeira dor, seria 3 ou 4.

3ª. Sessão - Não está tomando remédio, nem abortivo de crise, mas o médico receitou. Medicação usou a semana passada, tomou umas gotinhas de Novalgina (40 gotas), uma vez, e esta semana também uma vez. VAS(0-6) = 5 hoje. “É surpreendente como eu estou conseguindo fazer exercícios. Olha só!, como somos perfeitos!”(SIC).

4ª. Sessão - VAS(0-6) = 0 assiduidade 2 num mês 2 ou 3 vezes, antes era diária. “Sono ainda é meio interrompido. Acordo duas vezes à noite”. Não melhorou o distúrbio do sono.

5ª. Sessão - O que parou de acontecer – sono interrompido – “o que aconteceu foi que eu parei de ter sono durante o dia”. “Acordo para cumprir o ritmo”. Acorda por vezes irritado, mas não mais incapacitado para o trabalho. Acorda às vezes com a dor. Há 2 semanas já tenho tido alívio.

6ª sessão – “Gostaria que muita gente soubesse que é só conhecer-se um pouquinho mais de si mesmo para controlar as suas sensações. Veja como está ficando mais fácil”. Tem inclusive sentido alívio total, sem nenhuma dor.

7ª. Sessão – coloca que está tentando fazer mais de uma vez o exercício por dia, às vezes duas. Vê que se sente bem melhor VAS(0-6) tem sido de 2 em 6. Acha que o problema do sono poderia também estar relacionado à falta de prática para relaxar-se. (SIC). Ontem tentou fazer os exercícios na hora de dormir e parece que o sono ficou mais fácil. Quando acordou no meio da noite tentou saber o que estava sonhando, mas acabou pegando no sono.

8ª. Sessão – diz que a dor diminuiu bem e que nesta semana ela quis aparecer, mas logo parou, exercitou-se e ela não se tornou forte talvez 1.

Última Sessão - achou o tratamento foi “muito válido” e quer saber se precisar encaminhar outras pessoas para fazerem, se pode. “O quanto vale a gente se respeitar em nosso ritmo.”Penso que o sono tem relação com coisas da vida de pastor que são muito difíceis. A gente não consegue resolver tudo”.

MAS ABIPEME/C Qp. Boa, 54 anos, fem. Prenda domestica, fez 4ª. Serie, crente (batista), casada. É hipertensa e incompatibilidade entre os profiláticos de cefaléia (bloqueio de ramo cardíaco). É obesa não mórbida e retém líquidos. Problemas relacionados ao desenvolvimento de patologias paralelas induziram as complicações. Nega sintomas mentais. Sem anormalidades mentais (PRIME).

Biofeedback 2ª. Sessão - Paciente com diagnóstico de migrânea e Fibromialgia, com estado depressivo reativo à situação de dor. “Nossa! Quanto fio isso. Não vai dar choque, não né?” Acalmo a paciente dizendo que nada irá ser transmitido a ela. Parece desconfiada com o método. Não consegue abstrair a situação do exercício. Incomoda-se com o estímulo auditivo e pede para só ficar vendo.

3ª. Sessão – Diz que teve que tomar Novalgina três vezes na semana e que nem lembrou de fazer os exercícios, porque só queria se livrar da dor.

4ª. Sessão – esta semana também teve dor e tomou o Novalgina duas vezes no mesmo dia porque foi “brava” pensou de ir ao PS buscar outro remédio, mas preferiu ficar deitada e a dor passou.

5ª. Sessão – chegou feliz porque não precisou tomar remédio. Acha que a dor foi VAS(0-6) = 4. Teve dor, mas não foi tão complicado.

6ª, sessão - A dor passou de 6 para 3 durante a semana. Após sessão VAS(0-6) = 5. Um pouco depressiva VAS ficou 6 e agora está 3. Está se sentido bem melhor.

7ª. Sessão - queixa-se de algumas poucas falhas cognitivas como atenção e concentração para as atividades diárias, mas ainda não está atrapalhando muito. Espera que não venha a atrapalhar mais.

8ª. Sessão - Acha que sua dor está mais "sob controle e que está bem melhor".

9ª. Sessão - relata que tem se aplicado a fazer os exercícios e que está bem melhor. VAS(0-6) está 2, umas duas vezes na semana.

Última sessão - desde que começou pensa que a qualidade geral de vida passou 10/20 para e a dor melhorou de 60/70%.

LHS ABIPEME/D prendas domésticas Qp razoável, 59 anos, fem., 4ª. Serie, separada, crente, aposentada por dor, fibromialgia. Dor na cervical que "não me deixava mais". "A dor perturba muito a vida não tenho mais a vida gostosa de antes. A dor me perturba muito ate parece que a dor faz a gente esquecer da vida. Deus sabe o quanto eu soffro. Agora vou tentar mais este tratamento, não sei se vai adiantar. Acho que dessa vez vai ser igual às outras. Não sei não". Sem anormalidades mentais (PRIME).

Biofeedback 3ª. Sessão - boliche melhor foi pensar na bola, em segundo lugar, ficar mais tranqüila, primeira vez pensou nos pinos e não deu muito certo. Sugiro que se na vida isto também não corresse talvez pudesse atingir seus objetivos mais facilmente. Apontei para que se ficasse pensando em modificar as coisas e não nos objetivos a serem alcançados talvez não se fixasse em suas conquistas. Emociona-se bastante e começa a chorar, pois diz que nunca tinha pensado assim e que talvez seja isso mesmo.

4ª sessão - começa dizendo que esta semana teve dores bem fortes VAS(0-6) =5 e o que eu disse a ela ficou em seus ouvidos e pensou bastante, talvez sempre tenha esperado as coisas acontecerem e não sabia que poderia modificar por si mesmo sua condição de vida. O *insight* parece que surtiu efeito interpretativo porque disse que se achava acomodada, mas não porque não queria assumir as coisas, mas porque não sabia que poderia ser mais ativa em sua situação de vida.

5ª. Sessão - refere que mesmo com dor não parou as atividades e que se parar e pensar será pior.

6ª. Sessão - Diz que já conseguiu, mesmo com dor, não parar e ficar esperando a dor ir embora. Com dor saiu para terminar algumas atividades e compromissos. Fez o que teria que fazer e se sentiu mais dona de si.

8ª. Sessão - Diz que está muito feliz com a independência, que vem percebendo. Acha que os exercícios é que mostraram para ela o que acontecia internamente.

Última sessão - diz que melhorou da dor e agradece a oportunidade que teve de se "dar conta de sua posição" a espera de alguém fazer coisas por ela.

EFS ABIPEME/C, 39 anos, fem., católica, casada, prendas domesticas, 4ª serie 1º colegial Durante o ultimo mês doeu 3 dias, muito forte. Está em São Paulo para se tratar, da dor de cabeça e pressão alta. Tem vida que gosta e não pretende desfazer-se de seu modo de viver. A dor atrapalha em tudo. Não consegue cuidar de seus 9 filhos e seu marido a preocupa, pois não concorda que ela tenha decidido se trata em São Paulo. Não considera que tenha conflitos psicológicos, talvez por se tratar de pessoa ambientada no meio rural e gostar de seu estilo de vida. Sem anormalidades mentais (PRIME).

Biofeedback 2ª sessão - No domingo foi ao PS dor nas costas e tomou Voltaren (injetável), uma ampola (SIC). Na segunda à tarde tomou outra injeção que não sabe precisar (Contrax?). Foi medicada com Tadrilax 8/8h 1 comp. Excedrin (se tiver dor) Lisador 1 comp, se tiver dor. Relata que mãe teve tumor de hipófise há 5ª, com osteoporose grave e fratura da coluna com dor residual. Há 7m a filha também refere dor lombar. Está preocupada se a dor poderia ser algo hereditário. Digo que talvez sim, mas que mesmo que seja, há o que fazer para modificar padrão.

3ª. Sessão - queixa-se de dificuldade para mobilidade do pescoço. Recomendo que quando chegar casa faça compressas quentes, talvez melhore. Meu objetivo foi que ela pudesse fazer algo por si mesma.

4ª. Sessão - diz que deu certo se referindo as compressas quentes no pescoço, e que nenhum médico havia lhe dito isso. Digo que às vezes precisamos experimentar coisas sozinhos e que se nos experimentarmos talvez a gente possa descobrir que muita coisa podemos fazer por nós mesmo.

5ª. Sessão - manejo (recontrato) o trabalho para o enfoque do *Biofeedback* porque ela disparou a falar de conflitos interiores que ocupam uns 20m da sessão. Argumenta que suas preocupações poderiam estar relacionadas à dor.

6ª. Sessão - concomitantemente a colocação do sensor relata que tem tido preocupação com a história do marido não aceitar que ela tenha vindo para SP se tratar e que talvez isso esteja ocupando demais seu pensamento. Digo que talvez outras coisas também poderiam estar associadas, porque ela veio para SP e já tinha dor. Diz que lá em sua cidade vivem alguns invasores de terras que a assustam muito. Tem 7 filhos e se preocupa com o destino deles e histórias de invasão. Tem visto situação muito ameaçadora que a incomoda bastante.

7ª. Sessão - Concentra-se melhor nos exercícios e consegue atingir melhores índices com S auditivo que visual.

8ª. Sessão - melhora a desempenho para os exercícios.

Última sessão - diz que decidiu ficar em SP mais um mês e se o marido não mais a quiser de volta que mesmo assim não vai ficar sem seus filhos, sua maior fantasia.

PFB ABIPEME/C, 37 anos, masc., trabalha, viúvo, testemunha de Jeová. Queixa-se de sua condição de dor e perdas de trabalho, afetivas e real condição econômica. Parece haver conflitos para motivos bastante complexos e arraigados. Optei por focalizar atendimento em medidas de autocontrole da dor e, posteriormente, manejar aspectos psicoafetivos. Tem vivido algumas indecisões e com dificuldades financeiras importantes. "Precisei vender tudo" (SIC). Transtorno ansiedade (PRIME).

Biofeedback 2ª. Sessão – relata que como tem estado em situação econômica precária não tem tido muitas oportunidades de fazer coisas que gosta. Mudou muito de opções na vida e (cursos universitários) e acabou não conseguindo fazer nada (SIC). Está trabalhando como síndico do prédio em que mora, mas não é o que gosta de fazer.

3ª. Sessão - Esta semana não ocorreu nenhum episódio de cefaléia, embora tenha se exposto menos ao sol, com óculos escuros e boné. Mas comeu guloseimas e não se sentiu mal. Não houve interrupção das atividades profissionais e nem mudou as dormidas no sofá.

4ª. Sessão - Melhorou começou a respirar melhor. Auto cuidado melhor, e investimento pessoal ajudaram a melhorar. Não referiu dor esta semana. Sente-se bem melhor. Relata perdas afetivas, de pessoa querida, (não se refere se amante ou se parente). Fiquei com a impressão de se tratar de relacionamento homossexual, mas não deu oportunidade para aprofundar. Só manifesta que foi muito penoso. Fala laconicamente de perdas que não ficam claro se por abandono ou morte.

5ª. Sessão - relata que tem proposta de emprego autônomo para averiguar. Acha que pode conciliar as atividades de síndico e de paisagista, pois sempre gostou de plantas. Vai pegar projeto para executar.

7ª. Sessão - há três semanas está muito bem, episódio de tensão na testa e no pescoço e não teve dor.

8ª. Sessão - diz que teve dor VAS(0-6) =2, mas sabe que abusou ficou sem boné muito tempo no sol. Logo passou e conseguiu superar o episódio sem medicação.

9ª. Sessão – pratica os exercícios com desenvoltura e fica feliz por ter assimilado o padrão esperado. Acha que agora conseguirá aplicar os exercícios melhor.

EAC ABIPEME/B1, Qp E, 38 anos, masc., Separado (casado, não oficialmente e separado) faculdade de Ciências Sociais, católico, não praticante, trabalha (bicos). Paciente diz-se incapacitado de desenvolver atividades de trabalho. Não atua na área. Faz bicos por conta própria. Ressente-se de não ter o mesmo desempenho anterior ao acidente de moto há mais ou menos 4 anos, restou seqüelas no braço esquerdo que ainda faz tratamento. Após acidente houve inúmeras dificuldades, voltou a residir com a mãe, pois residia sozinho após a separação. Não pretende se envolver com outra mulher. Não quer falar sobre afetividade. Pessoalmente embotado, pouco fala de assuntos afetivo-relacionais. Não gosta de tomar remédios e por isso o medico encaminhou para o *biofeedback*. Acha que a dor nada tem de relação com problema psicológico. Não admite que possa estar deprimido. "Pensa que a depressão é jeito de não se responsabilizar pelos fatos da vida" (SIC). Tem duas irmãs casadas que moram no interior. Uma delas está com problemas de esclerose múltipla e prob. hepático, mais ou menos sérios (SIC). Espera que não precise de transplante. Atualmente vive com ajuda de custo e faz trabalhos de digitação (para preencher o tempo). Não pude fazer como queria então tem que ser do jeito que dá. Transtorno depressivo (PRIME). Notifico o diagnóstico e sugiro que procure atendimento psiquiátrico.

Biofeedback 2ª. Sessão – colocação dos sensores. Diz que está se sentindo bem de poder participar de pesquisa e que presa por poder ajudar. Há algum tempo vem tentando participar como paciente do HC e não tem conseguido. Quando ocorreu o acidente de moto foi atendido no PS e, quando estava um pouco melhor, foi transferido para outro hospital, após ter perdido o emprego não conseguiu mais fazer parte do convênio. Tem uma irmã com problemas neurológicos que se trata há anos no HC.

3ª. Sessão - Seus índices são baixos GSR (6,35 mediana, desv. padrão = 1,1787) sugere dificuldade para efetivar atitudes concretas. GSR chega, na primeira medida, a 11µV. Calado reservado, mais observa as instruções. Pouco interage.

3ª. Sessão – pergunto sobre a dor e me diz que continua VAS(0-6) = 4 não é diária, mas é freqüente, umas três vezes na semana.

4a. Sessão consegue bom desempenho quanto exercício boliche.

6ª. Sessão – relata que se sentiu melhor esta semana, as dores foram menos freqüentes e com intensidade menor.

8ª. sessão – refere que já não tem sentido dor e pensa que o tratamento deve ter "influência".

Última sessão – diz que ainda não se convenceu que estaria deprimido, mas vai ver se procura tratamento.

EMS ABIPEME B2, 37 anos, fem., hoje afastada por motivos de saúde, fez curso que digitação (considera todos os cursinhos de digitação e datilografia como anos de estudo), 13 anos de estudo (SIC). Paciente queixa-se das dores no fundo do olho. Durante o período de tratamento fez referências há anosgarmia que desejava tratar. É bastante reservada e preocupa-se muito com o fato do marido poder descobrir a anosgarmia. Refere que gosta muito do marido e se preocupa muito com seu futuro e a saúde do marido. Transtorno Ansioso (PRIME).

Biofeedback 3ª. Sessão – dor VAS(0-6) = 5 começou no domingo com náusea e foi visitar os familiares e começou no interior tomou Neosaldina (1comp ontem 2ª feira pela manhã) e começou a melhorar, a não passou, mas melhorou. Do jeito que tava a casa dos pais não dava para fazer relaxamento, nem nada. No domingo além de tomar o leite e tomei uma latinha de cerveja. Fez tratamento com ortomolecular e passou bem porque parou de tomar leite só de soja.

4ª. Sessão - Hoje não está com muita dor, uns 4, VAS(0-6). E a dor localiza-se na ATM D. Dorme com a placa e mesmo assim dói.

5ª. Sessão - Tudo mal na família, mãe com depressão e pai também ta mal. Morri de saudade de minha casa, pela primeira vez.

6ª sessão - Estresse do trabalho, "não gosto de trabalhar com público. É estressado". "Maldita porta bancária, não tenho paciência para aturar pessoas descondensadas. Irritava-me profundamente. Foi assaltada três vezes como funcionária, e ia trabalhar conscientemente. Não acha que se sentia ameaçada pelo que já passou. Vou falar uma palavra que é até feia prostituição. Tinha que fazer de tudo para que o chefe quisesse para ele sair feliz. Decepionei-me muito. Hoje não tem tanto assédio" (SIC) (teve *Burn out?*).

MAFL ABIPEME C, católica, separada 2 vezes, 4ª. série, prendas domésticas. Osteoporose grave. Problemas conjugais com os dois ex-maridos, atualmente sua única preocupação é resolver o problema da cefaléia. Quer começar a trabalhar, mas não consegue. Transtorno ansioso (PRIME).

Biofeedback 2ª. Sessão - tomou por algum tempo Sertralina 1comp e meio à noite – tomou fluoxetina há anos, porque o marido começou a dar trabalho e ela não suportava ver isso “ele me deixou” (SIC). “Fiquei com pressão alta”(SIC).

3ª. sessão - Foi ao interior visitar a irmã e a vida por lá é mais organizada e emagreceu 1 kg.

4ª. Sessão - Tem dançado muito e gosta. Dedicar-se bastante a atividades de lazer para terceira idade, dedica-se como voluntária. Nesta sessão procurei trabalhar a atividade. Mostra atividade reduzida para controle dos exercícios. Parece mais interessada em falar do que se ater aos exercícios propostos.

5ª. Sessão – queixa-se de da dor e diz que tem a impressão que ela não ficará boa. Supõe que a dor por ser hereditária não irá embora tão fácil. Diz que já fez vários tratamentos e que todos os remédios que tomou nada resultou em ficar boa. Pensa que por isso fica desconfiada de que se os exercícios realmente poderiam ajudá-la.

6ª. Sessão – hoje compareceu muito feliz por que pensou que talvez pudesse estar interessada em uma atividade diferente e que talvez possa fazer umas coisinhas para ganhar dinheiro. Sabe pintura e pegou alguma encomenda para fazer. Acha que poderá se dedicar sem a dor atrapalhe.

7ª. Sessão – fiz meu trabalho e a dor não me atrapalhou. Pude me dedicar e consegui separar o que era dor e o que eram as coisas que eu queria fazer.

8ª. sessão – esta semana ficou sem dor, acha que já está sem dor há mais ou menos 15 dias. Acha que os exercícios fizeram que com ela percebesse que não acreditava que poderia viver de outro modo, sem dor.

9ª. Sessão – pensa que seria bom se tivesse mais sessões porque agora é que está começando a melhorar. Acha que o tratamento poderá ser mais longo porque demorou muito para aprender alguma coisa.

Última sessão – Acha que melhorou uns 60% e que o restante deveria ir aos poucos se acostumando. Logo pergunta se eu não posso continuar só “um pouquinho mais” com o caso dela (SIC) respondo que fora do protocolo eu poderia continuar a atendê-la, mas que teríamos que encontrar meios de efetivar isso.

MSS 59anos, masc., ABIPEME B2, aposentado por tempo de serviço. Católico, casado, mas em vias de separação, moram ainda juntos. Qp C. Vem se sentindo muito “pra baixo” (SIC) desde que se aposentou. Pensa que essa coisa de ficar sem ter obrigação não é bom. Só saiu porque o patrão me disse. Começou a fazer curso técnico superior de mecânico e então a esposa pensava que éramos ricos. “Eu tentei fazer de tudo, mas não fazer o que ela queria” (SIC). Transtorno Depressivo (PRIME).

Biofeedback 2ª. Sessão - primeira medida temperatura periférica muito baixa. Refere que tem sentido muito frio ultimamente e que acha que vai ficar gripado. Temperatura ambiente externo baixa. Aguardo 10 min., procuro ambientação. Fala de seus filhos que estão desempregados e que não é como antes que havia mais oportunidade.

3ª. sessão – faltou na sessão anterior porque estava muito gripado e teve sinusite que ainda está tratando. Tem dificuldade para compreender as instruções e associar os exercícios ao comando.

4ª. Sessão – diz que é muito difícil acompanhar os exercícios, incentivo a que não desanime. Proponho atividades mais concretas para que possa induzi-lo aos exercícios.

5ª. sessão – fala um pouco mais sobre suas angústia de não ter conseguido fazer sua esposa feliz. Deixo se abrir um pouco, parece que nunca consegui se abrir para falar sobre os conteúdos afetivos. Intenso sentimento de solidão e dificuldades para elaborar conteúdos afetivos.

6ª. sessão – diz que como o frio melhorou parece que está se sentindo melhor. Alego que o frio a gente não sente somente fora do corpo. Ocorre também grande “friagem” interna, quando as pessoas não estão bem afetivamente e se sentem deixadas de lado. Sorri... profundamente. Parece que neste momento, começa “jogar” com o mal-entendido dos significantes.

7ª. sessão – diz que ficou pensando bastante sobre a friagem de “dentro” e que acha que começo a conseguir se “agasalhar”.

9ª. sessão – Diz que começou a procurar mais os amigos no sindicato, para conversar e que encontrou alguns que também depois que se aposentaram ficaram meio pra baixo e lá eles tão indo pra ver se conseguem fazer alguma coisa.

Última sessão – pensa que melhorou um pouco, mas que acha que pode falar mais e procurar os amigos. Foi muito bom. Vai continuar indo ao sindicato para continuar conversando.

LJM ABIPEME D, 45 anos, masc., 1º. Grau completo, casado, católico, Qp Bom, tabagista, problemas cardíacos. Entrou com pedido de afastamento para aposentadoria está no aguardo (SIC), trabalha e traz queixas relacionadas à dor, causando vários problemas concorrentes. Relacionamento interpessoal indiferente (SIC). Diz que se sente em constante estado de alerta. Transtorno ansiedade (PRIME). “No serviço me chamam de antena parabólica” (SIC).

Problemas familiares com dois irmãos “eu tentei resolver esses problemas”. O primeiro era muito agressivo e com esse não sei o que aconteceu. Eu esqueço o passado e aceito o que vem. Ele é bem mais fechado do que eu. A dor passa tomando água. Tem dificuldades de sono no final da noite duas vezes por semana. Discussões do cotidiano. Com a mãe conversa bastante. Os colegas dizem que é o mais ligado com a mãe que se preocupa mais.

Biofeedback 2ª. sessão - Ontem teve cefaléia VAS(0-6) =2 porque dormiu julga e estava muito cansado. Muito estava precisando, pois ontem foi sua folga. Dormir muito significa > 10 horas.

3ª. sessão – A dor amenizou, apesar do calor desta semana não teve dor. “Sempre vinha um pouquinho” VAS(0-6)=3. Esta semana não teve nada VAS(0-6)=0, crê que são os exercícios.

Na semana passada experimentou exercícios respiratórios no início da dor VAS(0-6)=2 e amenizou, chegando a zero. Não está tomando nem medicação preventiva.

4ª. sessão - no último domingo sentiu dor de cabeça pouca VAS(0-6) = 2. Se molhar a cabeça melhora um pouco, mas passou logo. Não precisou tomar remédio.

6ª. sessão - Não teve nenhuma dor de cabeça. Não esteve fazendo muito calor e também não foi muito corrido no serviço. Esta semana está mais tranquilo, normal (SIC).

7ª. sessão - há três semanas que não tem tido dor que antes era de VAS(0-6) = 5 e agora passou para 2. Teve discreta dor no pescoço a D base do occipital, sob pressão digital melhora. Faz massagens (com um Sr. espírita) de vez em quando e sente-se muito melhor. No final de semana teve náuseas. Hoje está sem dor e o estômago está enjoado.

8ª. sessão - antes do tratamento tinha dor mais ou menos 2 a 3 vezes ao mês em dias de calor. Agora mais ou menos.

9ª. sessão - Passou bem a semana, embora tenha feito calor, fator que elicia a cefaléia. Sentiu pouca dor VAS(0-6) = 2, mas passou logo com exercícios de relaxamento respiratórios.

DPS ABIPEME C. Qp Ruim. 20 anos, masc., 2º. Grau completo, católico, solteiro, Tem dor desde pequeno. Vida familiar bastante conturbada. Queixas relacionadas à dinâmica familiar, e dor, a cefaléia tem ultimamente. Queixa-se difícil atenção e dificuldades para concentração matemática. Conflitos edipianos? Pensa que a dificuldade para escola é da cefaléia. Sem anormalidades mentais (PRIME).

Biofeedback – 2ª. sessão – parece que compreende facilmente as instruções e começa rapidamente os exercícios.

3ª. sessão – “olha! Que demais!!! Quer dizer que se eu ficar mais assim isso mexe?” Confirmando que sim. “Acho demais!” Começa a brincar com o eletrodo e peço que se atenha ao exercício.

4ª. sessão – não sei fazer isso sozinho, não. Eu tentei, mas sozinho é difícil. No final de semana diz que teve que se encontrar com sua mãe e que aí foi só dor. Doeu muito VAS(0-6) = 9. Acha que tem alguma coisa que acontece quando vê a mãe.

6ª. sessão – diz que pegou trabalho e que está reformando bicicletas. “To tunando(?) umas que ficam bem legal”. “Uns caras lá ficam só botando... e uma vez um deles roubou bicicleta minha e aí deu o maior pau”. Fiquei preocupada com o tom de disputa entre rivais. Parece que necessita mostrar que é melhor que os outros.

8ª. sessão – diz pouco sobre a dor espontaneamente durante todas as sessões. Pergunto se pensa que o tratamento está ajudando. Diz que sim, mas parece que não investe muito no que tem a fazer. Volta a contar sobre suas bicicletas deixo-o à vontade após terminar a terceira série de exercícios.

NLRS ABIPEME/B2 39 anos fem Só estudou até 3º. ano, trabalha no comércio do pai, solteira.

No lugar onde tem o comércio é muito perigoso, sofre ameaças e já foi vítima de vários assaltos. Sabe quem são os bandidos e não pode fazer nada. Querem que deixemos o local. Vive sob constante ameaça. Por ela largaria tudo, mas o pai está doente e não quer se mudar. Há anos ocorrem tais ameaças. Tem irmã que se envolveu com traficante faleceu com HIV e era drogada. O ex-namorado dela acha que o jeito de manter a gente sob controle é assim. A gente se sente impotente porque minha mãe já teve ataque do coração e se eu não ficar firme não há jeito nem meu pai conseguiu guardar dinheiro e tem 3 casas por lá e eu tenho que dar jeito de ir aos poucos ir me ajeitando. Acho que a cefaléia não é de nervoso é por causa da TPM porque só nem na época todo mês são 4 ou 5 dias contados. Nunca vem em outra fase. Já fazia tratamento no ginecologista e agora aqui não acha que tenho problemas psicológicos é da vida mesmo minha irmã que escolheu. Gosta de ser chamada de Lucia. Sem anormalidades mentais.

Biofeedback – primeira medida temp↓ 32º. Trabalho com figura mental balde com água quente e fria, gelo. Diz que achou interessante pensar e as coisas mudarem. Ficou pensando nisso no quanto o pensamento atrai as coisas...

3ª. sessão VAS(0-6) = 5 e teve dores quase todo o tempo durante a semana.

4ª. sessão – A dor melhorou. Disse que em casa e durante o trabalho tenta fazer e pensar no balde e acha que tem conseguido modificar suas reações.

6ª. sessão – esta semana passou muito bem sem sentir dor. Quando me ameaçava já ia pensar na água fria e passar para o quente.

7ª. sessão – VAS(0-6) = foi uns 2 e teve menos episódios de dor. Só duas vezes.

8ª. sessão – conta sobre decepções afetivas que teve com ex-namorado de muitos anos que ainda tem pensado muito nele e não consegue se desligar, pois foi grande a decepção. Acha que ele teria interesse em ficar com ela por que pai tinha o próspero comércio.

9ª. sessão - Conserva o VAS(0-6) em 1 ou 2 e já não teve mais episódios e dor mais forte.

Última sessão – o tratamento foi muito bom, a não ser atender mais pessoas para ajudar mais gente. Gostei de vir e vou sentir falta.

MNGS 37 anos, fem., ABIPEME D, casada 1º. Grau completo, crente. Cansada de tanta dor, “nunca fui num médico para a dor de cabeça, só fez tratamentos onde os médicos receitavam Neosaldina e Novalgina”. “Isso não adianta. Agora fala que é com psicólogo? Não sei, não. Problemas a gente tem. Sabe como é pobre sempre tem umas coisas se quiser reclamar não falta. Em casa teve enchente. Teve doença das crianças e tudo o marido ficou desempregado e nessa época pegou umas faxinas. Serviço pesado não dá mesmo. Tenho dor se começar a ficar muito agitada. Vizinha falou que se ficar nervosa fica com dor de cabeça, “comigo não tem essa frescura, senão eu já tava mortinha”(SIC). O que me ajuda um pouco, pouco mesmo, é a igreja. “Foi lá que consegui me erguer dos tombos que foram grandes. Acho que é a igreja que faltava. Jesus no coração, mas a dor ainda não salvou”. Sem anormalidades mentais (PRIME).

Biofeedback – 2ª sessão - imagem água fria e quente, mas é difícil compreender a analogia. Parece bastante desconfiada com o procedimento. Tento trabalhar o *rappor*t e estabelecer vínculo melhor, uma vez que fez referências anteriores a não entender a necessidade de atendimento com psicólogo.

3ª. sessão – refere que está com dificuldade para comparecer ao tratamento e que está com problemas financeiros. Entendo que poderia estar com dificuldades transferências. Reasseguro que as pessoas podem se beneficiar do atendimento mesmo que não tenham problemas mentais, como é o seu caso. Parece-me que paira dúvidas e peço que

fale sobre isso. Conta que já há anos disseram que precisava de atendimento psiquiátrico e ela ficou muito ofendida com isso porque o marido acabou achando que estava ficando louca e disse que não iria viver com louca em casa e que iria mandá-la pro interior, onde têm familiares.

5ª. sessão – refere que começou a sentir que sabe fazer os exercícios em casa e que acha que tá dando certo.

7ª. sessão – diz que há duas semanas não tem tido dor e que acha que suas mãos já estão ficando mais quentes.

Última sessão – diz sentir melhor e que agora sabe que psicólogo não é para quem é louco. Acha que aprendeu muitas coisas. Fica se sentindo até envergonhada por ter falado aquelas coisas.

ECR ABIPEME B2, 32 anos, fem., Solteira, católica. Superior, afastada por saúde, (disse que já estava aposentada). Qp Razoável. Quer se aposentar, pediu atestado de trabalho e já está com perícia marcada. Parece que vários problemas físicos a ocupam para deslocar problemas psicológicos. Como tem bom grau de instrução parece saber desempenhar o papel. Durante as sessões de *biofeedback* desenvolveu-se bem com diminuição a dor, porém como quer aposentadoria, sugere simulação. Pensa que sua aposentadoria será certa, uma vez que como boa Hy, sabe dizer o que o outro quer ouvir. Comparecer as sessões e seu desempenho foi bom, mas fiz de tudo para não dar a direção de exame psicológico. Bastante racional e, até certo, ponto esquivando-se de conteúdos conflitos. Foi sugerido psicoterapia após término de nosso atendimento, o que ficou de pensar e decidir depois. Sem transtornos mentais (PRIME).

Biofeedback – primeira medida GSR bastante rebaixado (1,75 média). Temperatura Ok. Tenta fazer os exercícios, mas coloca-se numa posição passiva pedindo muitas vezes para que eu a ajudasse.

2ª. sessão – faz os exercícios sempre com dependência da psicoterapeuta. Quando sugiro que observe suas reações internas, alega que não consegue fazer sozinha, sem se quer experimentar.

3ª. sessão A - faltou sem avisar. Telefone para confirmar a reposição diz que talvez não consiga vir “e também, não estou conseguindo fazer os exercícios” (SIC). Confirmo que sua presença é importante para que possa vir a conseguir. Pareceu-me atuação.

3ª. sessão – adotei postura complacente para melhorar o vínculo e a transferência.

4ª. sessão – os exercícios são orientados diretamente. Pergunto sobre sua vida acadêmica e como foi seu desempenho escolar. Diz que foi boa aluna, e o que mais gostava mais de fazer quando pequena, com o acompanhamento da mãe e que depois tinha algumas amigas que a ajudavam.

5ª. sessão – começa a identificar algumas variáveis como estratégia de acerto do alvo que podem ser mais fáceis do que as que eu indico. Identifica que os pinos do boliche são melhores alvos do que se ater na bola.

6ª. sessão – Procura manter o desafio de conquistar os índices sozinha. Porém, por vezes diz que é difícil e que gostaria de desistir porque não consegue.

7ª. sessão - exercício da natureza amanhecer / anoitecer observa sutilezas que até a outra sessão não havia percebido.

8ª. sessão – diz que tem tido muita dor e que não está adiantando em nada perder o tempo aqui. Parece querer desdenhar o trabalho. Quando pergunto de quanto tem sido a dor VAS(0-6) = 2 e que ocorreu duas vezes em um mês.

Última sessão – diz não saber se está melhor com os exercícios, mas que acha que foi bom conhecer-se fazendo os exercícios. Acha que seria melhor se pudesse continuar a fazê-los mais umas 10 ou 20 sessões.

FBN ABIPEME/B2, 48 anos, fem., Católica, começou 1º. Ano de faculdade, desempregada, casada. Qp ruim. Queixa-se de dor que a incapacita dos afazeres. Sente aperto no peito sem causa médica. Tem um dos filhos (17 anos) com problemas mentais (deficiente?) que dificulta reassumir emprego e gostaria de poder, mas compreende que é difícil. Após tratamento o supõe que irá se sentir bem melhor. Nunca teve problemas embora o problema do filho tenha sido muito difícil. Julga que sua saúde no geral é ruim, pois tem tido vários problemas.

Biofeedback – 2ª. sessão – fala de seus problemas com seu filho DM? e que teve que parar de trabalhar para acompanhá-lo em seus tratamentos.

4ª. sessão – não teve dor VAS(0-6) = 2 no início estava 5.

5ª. sessão – fala de sua disposição em trabalhar e que pretende conseguir alguma atividade que possa fazer em casa.

6ª. sessão – desempenho astuto em relação aos procedimentos e estratégias a serem utilizadas para o desenvolvimento dos exercícios. Utiliza-se de aspectos relacionados à sensação periférica temp pés. Diz que é bastante “perceptiva” com relação aos estados corporais. Refere que talvez tenha aprendido a se observar, pois “não posso me deixar abater” (SIC). Avisa que na próxima semana não poderá vir e remarcamos.

7ª. sessão – executa os exercícios com facilidade e diz que não tem tido problemas nem com a dor e nem com outras coisas.

8ª. sessão – já não apresenta dor há 3 semanas e diria a dor sumiu... Espera que continue assim.

9ª. sessão – gostaria de ter tido a oportunidade de há muito tempo poder ter feito esse tratamento, porque acha bom conhecer-se melhor para “poder controlar-se”.

Última sessão – alega que o tratamento foi interessante porque como sempre gostou de conhecer-se ele ajudou a ter independência da medicação. Confirmo que o tratamento não deve, em hipótese alguma, substituir as consultas médicas e que se traduzem em estratégia auxiliar de tratamento.

JLFX ABIPEME/C, 59 anos, masc., Qp Muito boa. Católico. Casado. 4ª. série, “mas não sabe mais quase nada”(SIC). . Paciente queixa-se de dor que iniciaram após acidente no trabalho (coice de cavalo) e caiu no jóquei e desde o acidente tem problemas, mas se aposentou por tempo de serviço e por problemas de saúde. Problemas de diabetes e outros. “Hoje se eu cair... Sente-se como desocupado, como se não servisse para nada. A esposa diz que não, mas não adianta. Tem problemas de ereção que trata com terapia de grupo, no IPQ. A psicóloga de lá é boa e gosta muito de frequentar o grupo (semanal). As dores talvez sejam porque já está meio cheio de tomar cuidado com o braço. Já não tenho a mesma força (faz alusão sexual) como antes e ri estava acostumado a trabalhar com cavalo e os

ganhões também ficam fracos. Quando casei era um ganhão e agora... todo o ganhão envelhece. Sem anormalidades mentais (PRIME).

Biofeedback – 2ª. sessão - Primeira medida acha que seu tratamento seria para as dores todas, mesmo as do ombro. Não consegue bom desempenho nas primeiras tentativas, parece não compreender as instruções.

3ª. sessão – peço para imaginar e diz que se fechar os olhos e começar imaginar vai dormir. “Não consigo ficar imaginando”.

4ª. sessão – parece que seu pensamento concreto dificulta a associação de sensações. Tenta executar os exercícios e parece frustrado por não ter bom desempenho. Modifico o enfoque e baixo os limiares para padrões mínimos no intuito de minimizar as frustrações.

5ª. sessão – Atem-se mais á dores do ombro do que as de cabeça.

6ª. sessão – relatou que teve episódio de amnésia breve em casa e que há algum tempo (5 ou 6 meses) saiu sozinho e teve outro episódio ficando mais de um dia sem voltar para casa. Diz não lembrar-se de nada só que acordou (SIC) em um lugar estranho e que estava com o dinheiro que havia levado no bolso. Ninguém havia assaltado.

8ª. sessão – parece que o que tem efeito é o fato de eu dirigir os exercícios e dirigir a percepção.

9ª. sessão – pouco atingiu de independência, mas diz que melhorou a dor de cabeça. De 6 passou para 2 ou 3.

MJJS ABIPEME / D, 38 anos, fem., 4ª. Serie, umbanda, separada, prendas domésticas. Qp Ruim. Problemas de dor que incapacitam para as atividades, “uns acham que os médicos não podem resolver porque é espiritual”. Problemas de relacionamento conjugal, familiar, além de outros problemas físicos como hipertensão, problemas menstruais e possivelmente hormonais. Já teve depressão tratada. Hoje não trata mais. Transtornos depressivos (PRIME).

Biofeedback – primeiras medidas Temp baixa e queixosa com as dores que tem tido. Diz que vários tratamentos já foram feitos e que nada funciona. Já tratou em vários serviços. Confirma a idéia na descrença dos cuidados médicos. Acha que as causas de sua dor se relacionam à espiritualidade que vem tentando “desenvolver sua mediunidade”. Só que ainda não conseguiu porque existiriam alguns impedimentos relacionados à carmas anteriores que teria que “pagar” para só então poder solucionar seus problemas.

2ª. sessão – Pareceu-me com rebaixamento de juízo crítico e restrição cognitiva leve (limitrole?). Utilizo-me das metáforas do balde. Responde pobremente aos estímulos visuais e auditivos.

3ª. sessão – não fixou a aprendizagem das instruções anteriores. Retomo. Parece que estímulos auditivos seriam mais eficazes. Conta-me que quando nova não quis se dedicar a mais nada só ao namoro com o ex-marido e que foi muitíssimo apaixonada por ele e depois de anos descobriu que ele tinha uma outra família.

4ª. sessão – utilizo de S auditivo e peço para que faça os exercícios com olhos fechados, pois interessa-se mais em conversar do que na execução das atividades. Utilizo estratégias de esvaziar a mente e poder deixar fluir somente os pensamentos que riram ajudá-la.

5ª. sessão – conta que a dor esteve perturbando a semana inteira e que o VAS(0-6) = 5 abaixando para, no máximo, 3 em algumas vezes. Pergunto se poderia ter alguma relação como o ciclo menstrual disse que não sabia referir.

6ª. sessão – a dor diminuiu foi para uns 5 até 3 nesta semana (SIC). Fala que encontrou o ex-marido ocasionalmente e que já não teve tanta raiva em ver que ele não estava mais com ela. Diz que até há pouco tempo só de pensar em poder vê-la seu corpo fervia de raiva.. Quando descobriu que ele tinha outra mulher, tinha vontade de matá-lo e só não fez porque sempre acreditou que seria carma maior do que o que já tem. Acha que em outras vidas foi uma (mulher) muito sacrificada porque era escrava na África, mas que pelo que segue “pai” (mestre religioso) contou, após muito sofrimento, conseguiu se libertar. Associa a metáfora e digo que assim como pode se libertar dessas dificuldades ela também poderia se libertar de muitas outras coisas também, nesta vida. Sorri e fica pensativa.

7ª. sessão – volta a falar de sua situação com o ex-marido e seu GSR (6,78média) inicial foi de até 9,45.

9ª. sessão – diz que esta semana a dor só esteve em algumas vezes e foi de 3 ou 4. “Esse aparelho faz as pessoas mudarem” e que gostou de usá-lo. Parece que vê as coisas lá de dentro.

ESL 47 anos, fem, ABIPEME C, desempregada, terminou o colegial e curso rápido de computação na Central do Trabalhador, evangélica (Universal), solteira, diz que tem problemas físicos e emocionais, conflitos pré-mórbidos, Qp razoável. Tem cefaléia há 5 ou 6 anos, no fundo do olho (parece que vai morrer) GINECO teria medicado com Vertix. Acha que a dor de cabeça é do fígado. Evita leite com açúcar, gordura. Foi digitadora da Caixa Econômica. E está há quase dois anos desempregada. Está desesperada pelo fato de não estar empregada, porque o dinheiro acabou e não tem com quem contar. Tem irmã (casada e com filhos grandes) que a ajuda, mas que também não tem muito. Fica dias e dias no Poupatempo a espera de vaga, mas que não pode aceitar qualquer coisa, porque era digitadora e que só aparece coisas como faxina ou auxiliar de serviços gerais. Tem vivido de favores de amigos e, às vezes, pega algum trabalho para digitar. Diz que fará o tratamento até quando puder e que se eu quiser que ela venha sempre não poderá nem começar. Digo que aceito suas condições, mas que acredito que ela conseguirá vir e se tratar. Transtorno depressivo (PRIME). Fiz o encaminhamento para procurar atendimento psiquiátrico.

Biofeedabck - 2ª. sessão – comparece muito agitada por que não tinha o dinheiro para vir e como não podia desmarcar porque não tinha cartão telefônico veio a pé de sua casa (Aclimação) e iria voltar a pé. Valorizo seu esforço e agradeço a sua colaboração, pois percebi que ela necessitava se sentir mais valorizada. Parece que ela não pode fazer por si e sim por outro. Tomo o tratamento neste sentido.

3ª. sessão – hoje não foi tão difícil porque conseguiu dinheiro para a condução. Dirijo os exercícios para índices bem abaixo do patamar com o intuito de reforçar positivamente suas conquistas. Diz que gosta muito de colaborar. Suas dores ocorreram, mas ficaram mais na testa do que no fundo do olho.

4ª. sessão – teve dor de VAS(0-6)=6 e no fundo do olho. Acha que não tem jeito. Começo os exercícios e o esquema de reforçamento quando ela me diz que só encontra poucas pessoas que a ajudam e que fica difícil viver sem ajuda. A família (irmã) não a compreende e que na pensão onde mora não tem amigos para conversar porque as pessoas são

muito egoístas. Retomo o contrato d e que temos somente poucas sessões para trabalhar (amenizar/apaziguar a transferência).

5ª. sessão – GSR baixíssimo e tento trabalhar mais a auto-estima.

6ª. sessão – diz que pensou em procurar o psiquiatra,mas que é tudo lotado e que precisa ficar à espera de vaga no Poupatempo para ver se surge chance. Digo que talvez sua chance esteja no Pq e não no Poupatempo, porque se não se cuidar não conseguirá ir à frente.

7ª. sessão – melhores índices de performance, mas procura falar de seus fracassos familiares e da vida afetiva. Reafirmo que durante nossos encontros podemos até conversar, mas que também é necessário que façamos os exercícios. Ainda não procurou atendimento Pq.

8ª. sessão – avisa que foi ao posto de saúde e que já tem a consulta para Pq e que vai fazer do jeito que eu falei. Acha que a dor também poderia estar relacionada que não tem com quem falar sobre seus pensamentos.

Última sessão – gostou de ter vindo apesar de tão difícil. Acha que a dor melhor uns 50% e que o resto fica para quando encontrar emprego, pq se preocupa demais com o futuro sem emprego.

LMS ABIPEME/B2, 30 anos, fem., Católica (não vou, né?), solteira, trabalha, terminou o colegial. Qp Ruim, Problemas com a dor e com dificuldades para conseguir tratar-se direito, por isso até agora nada resultou em alívio da dor. Já há muito tempo desde adolescente vem mostrando-se “enciumada”(SIC) com dificuldade para se relacionar, pensamentos persecutórios e muita raiva de não conseguir colocar-se de modo assertivo. Peso acima do esperado, não consegue emagrecer. Transtorno depressivo (PRIME). Conflitos pré-morbidos.

Biofeedback 3ª. Sessão - Diz que está muito nervosa de vir falar comigo e sempre é assim porque quando fala com Doutora ou Doutor. fica nervosa. Acha-se muito tímida e tem vergonha de falar com drs. Diz que desde pequena é muito tímida e tem muita vergonha não sabendo explicar o pq. Mãe acha que é meio boba. Ela fica com muita raiva, porque a mãe pensa assim. Esta com o peso acima do esperado e ela acha que isso ajuda a ela ter mais vergonha do já tinha. Não consegue arrumar namorado, porque se acha envergonhada.

4ª. sessão - relata que esta semana não apresentou cefaléia. Só refere que está com dor no pescoço, possivelmente relacionada à posição no dormir. Está com compressão no halux na parte de baixo do pé E.

5ª. sessão - relata que esta semana não apresentou cefaléia. Só refere que está com dor no pescoço, possivelmente relacionada à posição no dormir. Está com compressão no halux na parte de baixo do pé E. Já não tem tido dor de cabeça. A dor ocorre quando está muito nervosa e irritada. Nem tão freqüente tão forte. Só observa (SIC).

6ª. sessão - Tratamento deixou mais relaxado. "Foi bom pra mim mesmo. Eu me soltei mais para falar as coisas". A dor passou mais quase um mês que não sinto dor. Tinha mais dor quando ficava nervosa mais estressada e eu não sinto mais estressada. Tenho que saber me controlar mais e não ficar nervosa. Mudou o jeito de fazer com a chefe "não ligo tanto pro que ela fala e não me estresso mais". Está tomando os remédios para emagrecer fórmula. Tratamento com os aparelhos. Controlar as emoções e relaxar os nervos.

7ª. sessão – conta que no final de semana foi a baile e “dei uma ficada com um cara”. Estava bastante feliz pq conseguiu se relacionar com homem. Diz que ele queria namorar, mas ela não quis, acha melhor ficar.

8ª. sessão – Diz que o pai a deixou muito nervosa pq. ele quer reformar a casa e quer que ela ajude a custear a reforma e ela quer passear com o dinheiro que ganha. Chama o pai de abusado e agora não vai mais fazer tudo o que o pai quer. Marcou férias para o final do tratamento e não vai ficar sem dinheiro para passear, não sabe como vai fazer, mas não vai pagar tudo. “Se ele quiser, ele que pague tudo. Não vou mais pagar tudo sozinha”. Conta que a irmã também solteira e mora junto com os pais sempre foi mais folgada. Agora vai ficar mais na “dela” e aproveitar a vida. O “paquera” voltou a procurá-la e ela ficou de novo com interesse em ter compromisso mais sério, mas não aceita porque alega que ficou muito tempo sem fazer nada e agora quer aproveitar (SIC).

9ª. sessão – “a dor caiu bastante. Já não sinto dor” (SIC). Acho que ela foi embora. Agora conseguiu médico perto de sua casa que cobra barato e vai fazer aplicações para gordura localizada (mesoterapia?). Nítida melhora da auto-estima.

Última sessão – alega que passou muito tempo sem conseguir responder do jeito que queria. Ficava com as coisas na cabeça sem poder responder. “Uma coisa ficava na garganta e aquela raiva não era boa” (SIC).