

MODELO BIOPSISSOCIAL E FORMULAÇÃO COMPORTAMENTAL: COMPREENDENDO A CEFALÉIA DO TIPO TENSIONAL

Adriana Mayon Neiva Flores*
Aderson Luiz Costa Junior#

RESUMO. A cefaléia do tipo tensional constitui um tipo freqüente de dor de cabeça, que tende a ocasionar uma série de comportamentos de evitação, com prejuízos físicos, sociais e psicológicos aos indivíduos afetados. O presente trabalho descreve algumas contribuições do modelo biopsicossocial de saúde para a compreensão da cefaléia do tipo tensional, descreve os tratamentos mais freqüentemente oferecidos e discute as vantagens de modalidades terapêuticas que utilizam a formulação comportamental. Destaca-se a relevância da consideração de fatores psicossociais presentes nas formas mais comuns de evolução da cefaléia do tipo tensional, o que contribui para a elaboração de planos de tratamento mais eficientes e coerentes com uma proposta realmente sistêmica e idiográfica.

Palavras-chave: cefaléia do tipo tensional, formulação comportamental, modelo biopsicossocial.

THE BIO-PSYCHOSOCIAL MODEL AND BEHAVIORAL FORMULATION: UNDERSTANDING THE TENSION-TYPE HEADACHE

ABSTRACT. Tension-type headache are a frequent source of complaints in health assistance units. It tends to cause avoidance behaviors with adverse consequences in physical, psychological and social aspects. Contributions from the Bio-Psychosocial perspective are described for a better understanding of the tension-type headache problem. Study also analyzes the most frequent treatments used in clinical settings and discusses some advantages of behavioral cases formulations. Results reveal the importance of behavioral and social factors present in the complex etiology of tension-type headache. Such knowledge is useful to support the formulation of more efficient treatments that are linked to a real systemic and idiographic perspective.

Key words: Tension-type headache, behavioral formulation, Bio-Psychosocial model.

MODELO BIOPSISSOCIAL Y FORMULACIÓN COMPORTAMENTAL: COMPRENDIENDO LA CEFALÉIA DEL TIPO TENSIONAL

RESUMEN. La cefalea del tipo tensional constituye un tipo frecuente de dolor de cabeza, que tiene la tendencia a ocasionar una serie de comportamientos de evitación, con daños físicos, sociales y psicológicos a los individuos afectados. El presente trabajo describe algunas contribuciones del modelo biopsicossocial de salud para la comprensión de la cefalea del tipo tensional, describe los tratamientos más frecuentemente ofrecidos y discute las ventajas de modalidades terapéuticas que utilizan la formulación comportamental. Se destaca la relevancia de la consideración de factores psicossociales presentes en las formas más comunes de evolución de la cefalea del tipo tensional, lo que contribuye para la elaboración de planes de tratamiento más eficientes y coherentes con una propuesta realmente sistêmica e idiográfica.

Palabras-clave: cefalea del tipo tensional, formulación comportamental, modelo biopsicossocial.

A literatura especializada apresenta relatos sobre diferentes formas de dor de cabeça desde os primórdios da civilização humana. Embora se observe, ao longo da história da medicina, inúmeras propostas terapêuticas com o objetivo de

eliminar ou, pelo menos, aliviar o sofrimento de indivíduos que manifestavam episódios recorrentes de cefaléia, além de um significativo número de pesquisas e experimentos dedicados ao assunto, um tratamento definitivo para as cefaléias ainda

* Mestre em Psicologia. Psicóloga do Hospital das Forças Armadas, Brasília, DF.

Doutor em Psicologia. Professor Adjunto do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília.

constitui uma meta não atingida (Fumal & Schoenen, 2005).

O grande interesse pela compreensão dos efeitos da dor de cabeça, especialmente nas últimas décadas do século XX, parece refletir os prejuízos, em termos biológicos e psicossociais, que os episódios de cefaléia tendem a acarretar ao dia-a-dia dos indivíduos que deles sofrem (Holanda, 2005; Holroyd et al., 2001). Dentre as várias possibilidades de diagnóstico para relatos de dores de cabeça, a Sociedade Brasileira de Cefaléia (2007) identifica a cefaléia do tipo tensional (CTT). Bordini (2001) e Adams (1985) já apontavam a CTT como uma modalidade de dor insuficientemente compreendida e freqüentemente relacionada a fatores emocionais, daí as designações anteriores e comuns de cefaléia de estresse, cefaléia tensional ou cefaléia de tensão.

Este trabalho destaca algumas contribuições do modelo biopsicossocial de saúde para a compreensão da CTT, descreve os tratamentos mais freqüentemente oferecidos e discute as vantagens de modalidades terapêuticas que utilizam a formulação comportamental como estratégia de enfrentamento da CTT.

Fisiopatologia da cefaléia de tensão

A fisiopatologia da CTT é considerada bastante complexa, sendo possível observar um histórico evolutivo de hipóteses para o problema. Originalmente, no início do século XX, foi levantada a hipótese da contração muscular na etiologia da dor. A contração surgiria como uma reação física a estímulos ambientais ou psicológicos, nocivos. Esta contração provocaria uma isquemia muscular na região da nuca e no crânio, resultando em episódios prolongados de dor. Estudos posteriores com o uso de eletromiografia (exame que permite captar o número de células musculares em contração) não identificaram contração muscular em indivíduos com cefaléia, ficando esta hipótese relacionada apenas a uma restrita fração dos pacientes com experiência de dor (Raskin, 1995).

Estudos posteriores revelaram alterações em substâncias endógenas (baixo nível no líquor de endorfina, por exemplo) em pacientes portadores de cefaléia. Em consequência, estímulos ambientais que normalmente não produzem dor, ou produzem uma dor leve, passam a ser percebidos como potenciais produtores de dor prolongada (Rollnik, Karst, Fink & Dengler, 2001).

Atualmente postula-se, também, que a cronicidade da CTT envolve uma sensibilidade neuronal exagerada a estímulos variados, com facilitação da dor. O nervo trigêmeo, responsável pela sensibilidade

da face e do crânio, recebe toda a informação dolorosa, mas sua interpretação (intensidade e enfoque emocional) depende de outras estruturas neurológicas, tais como gânglios da base, sistema límbico e núcleos da rafe. Ocorre que, em indivíduos com cefaléia, estas estruturas podem estimular o trigêmeo a perceber maior intensidade de dor. Desta forma, estímulos físicos, psicológicos e até mesmo a contração muscular, são percebidos como dolorosos (Bordini, 2001; Holanda, 2005).

Atualmente, a *International Headache Society* (IHS, 2004) classifica a CTT em quatro grupos: (a) CTT com episódios infreqüentes; (b) CTT com episódios freqüentes; (c) CTT crônica; e (d) CTT provável.

O diagnóstico nem sempre é preciso, sendo comum o paciente apresentar enxaquecas associadas e referir queixa apenas da dor que é percebida como mais intensa. Bordini (2001) descreve uma dor bilateral, constritiva e geralmente não muito intensa, podendo apresentar freqüência média menor ou igual a 15 dias por mês (cefaléia do tipo tensional episódica) ou maior ou igual a 15 dias por mês (cefaléia do tipo tensional crônica). Náuseas ou vômitos, assim como fotofobia ou fonofobia, não estão presentes, ou apenas um deles pode estar associado à dor de cabeça.

Krymchantowski (2001) alerta para uma seqüência comum de comportamentos de esquiva ou fuga de eventos sociais que costumam fazer parte da vida diária destes pacientes. Os relatos revelam que a dor costuma ter início pela manhã e aumentar gradativamente ao longo do dia, podendo persistir durante dias, semanas ou meses. Atividades reforçadoras ou o consumo de álcool podem aliviar os sintomas temporariamente, fato que diferencia a CTT das enxaquecas.

Em geral, o perfil sociodemográfico do paciente é variável para os casos de cefaléia de natureza crônica ou episódica. A primeira tem prevalência menor na população geral, sendo mais predominante no sexo feminino e em populações com menor nível educacional. Pode, ainda, aumentar com a idade. Por outro lado, a cefaléia episódica tem prevalência maior em caucasianos, de nível educacional mais elevado, sendo, também, mais comum em mulheres. A faixa etária atingida costuma variar dos 20 aos 50 anos, piorando na quarta década e reduzindo-se com a idade. Cabe lembrar que esta é a faixa etária em que o indivíduo se encontra mais intensamente comprometido com a família e o trabalho. A prevalência aumentada de ambas as formas de apresentação das cefaléias de tensão em populações femininas, com aumento na quarta década, pode ser

explicada pelo fato de a produção de hormônios sexuais também influenciar este transtorno. Assim, as cefaléias tensionais podem, por exemplo, piorar na época menstrual, melhorar durante a gravidez e depois da menopausa (Bigal, Bordini & Speciali, 1999; Bordini, Bigal & Silva, 2001)

Relatos médicos alertam para o fato de o paciente com dor crônica procurar ajuda com mais frequência devido ao incômodo persistente e às conseqüências danosas de seu problema (Holroyd et al., 2001). Entretanto, segundo Krymchantowski (2001), a maior parte dos pacientes com este tipo de cefaléia não procura ajuda médica imediatamente, sendo comum a automedicação com analgésicos indicados para outros tipos de cefaléia e outros transtornos que envolvem episódios de dor.

Observa-se que a maior parte das explicações para a cefaléia, ao longo dos tempos, têm privilegiado o enfoque biológico, sendo a dor caracterizada como uma reação física a estímulos que afetam o equilíbrio do organismo. Esta perspectiva, coerente com o modelo biomédico de saúde, analisa a doença como um resultado da exposição do corpo a fatores externos e o indivíduo como uma vítima passiva destes fatores. De acordo com esta visão, a terapêutica ideal é aquela que poderia extirpar, por meios farmacológicos, os sintomas incômodos, restaurando o bem-estar do indivíduo.

A *International Association for the Study of Pain* (IASP) introduz o conceito de dor e suas classificações já representando um esforço em ampliar a linearidade das explicações biológicas. Inicia com um conceito geral de dor: “experiência sensorial e emocional desagradável decorrente de lesão real ou potencial dos tecidos do organismo. Trata-se de uma manifestação subjetiva, variando sua apreciação de indivíduo para indivíduo” (Guimarães, 1999, p.15). Segue, então, com o critério de duração como referencial para as diferentes classificações:

Dor aguda: caracteristicamente de curta duração e relacionada a afecções traumáticas, infecciosas e inflamatórias. Sua principal função se refere a um alerta do organismo, com expectativa de melhora após a cura da lesão. As manifestações associadas são, geralmente, de ordem neurovegetativa (taquicardia, taquipnéia e outras manifestações).

Dor crônica: de duração extensa e relacionada a processos patológicos crônicos. Esta dor não tem mais a função de alerta do organismo, mas é muito desabilitadora. Este fato, em parte, explica por que a ansiedade e a depressão são respostas emocionais frequentemente associadas ao quadro clínico.

Dor recorrente: tipo de dor aguda pela latência, mas que se repete ao longo de muito tempo, sem relação direta com outras patologias. É o principal exemplo para as cefaléias.

Explicações biológicas parecem, portanto, insuficientes para a complexidade de variáveis envolvidas em manifestações dolorosas e, principalmente, nas cefaléias. Muitos autores já reconheceram a existência de diversos fatores ambientais e psicológicos que influenciam a etiologia da CTT, embora não tenha sido possível, ainda, defini-los precisamente em termos de parâmetros ou medidas objetivas (Adams, 1985; Bag, Hacıhasanoglu & Tufekci, 2005; Grazi, Andrasik, Usai, D'Amico & Bussone, 2004; Holanda, 2005; Rollnik et al., 2001; Spinhoven, Jochems, Linssen & Bogaards, 1991; Waldie & Poulton, 2002; Welch, 2001).

Segundo Waldie e Poulton (2002), por exemplo, pesquisas têm apontado relações significativas entre alguns transtornos psicológicos e/ou psiquiátricos e a etiologia da CTT. As desordens mais comumente associadas aos pacientes com CTT são: transtorno do pânico, depressão, distímia e ansiedade generalizada. A principal vantagem quanto ao reconhecimento destas condições de comorbidade se relaciona à possibilidade de ampliação da compreensão e do controle clínico associados às cefaléias.

Outros estudos destacam o estabelecimento de relações entre algumas tendências de personalidade (tais como neuroticismo, rigidez, hostilidade, baixa auto-estima e sentimentos de desamparo) e o uso de estratégias de enfrentamento ineficazes em situações de estresse por motivo de cefaléia (Welch, 2001).

Adams (1985) identificou, em pacientes que tratavam CTT, uma alta tendência a perceber e exibir respostas de dor diante de situações de estresse como resultado de uma história de modelos familiares de fracasso no enfrentamento de adversidades. Para o autor, esta característica tende a se manter por reforçamento social e também por seu valor de esquiva se os profissionais de saúde não ajudarem o paciente a promover alterações em contingências ambientais de cunho individual e/ou familiar.

MODELOS DE SAÚDE-DOENÇA

Observa-se que a preocupação com a relação entre saúde e doença acompanha a existência humana desde os primórdios de nossa história conhecida. Descrita em termos de parâmetros físicos e indicadores biológicos, a concepção da saúde e da doença como um fenômeno multidimensional constitui uma proposta relativamente recente (Costa Junior,

2005). Discussões filosóficas em disciplinas de ciências humanas e biológicas, a partir da década de 60 do século XX, passaram a questionar a ênfase tradicional na orientação biomédica da assistência à saúde e apontaram uma necessária ampliação da perspectiva social da medicina.

O desenvolvimento científico da psicologia da saúde enquanto área de conhecimento e de aplicação da psicologia, conforme concebida por Matarazzo (1980), tem incentivado uma ampliação dos modelos explicativos de diversos transtornos de saúde, especialmente aqueles de natureza crônica, passando a considerar a relação do indivíduo com a doença e a participação de fatores sociais e psicológicos, além daqueles biológicos, sobre a etiologia, a manifestação sintomática e a perspectiva de reabilitação (Martins, 2001; Ogden, 1996, Straub, 2002/2005; Zannon, 1991).

Para Matarazzo (1980), a psicologia da saúde se caracteriza como um conjunto de contribuições educacionais, científicas e profissionais específicas da psicologia que visam: (a) à promoção e manutenção da saúde; (b) à prevenção e tratamento de doenças; (c) à identificação de etiologias e diagnósticos relacionados à saúde, doença e disfunções relacionadas e; (d) à análise do desenvolvimento do sistema de atenção à saúde e formação de políticas públicas de saúde. A busca por tais objetivos permitiu uma incorporação de modelos sistêmicos de saúde que trouxeram consigo uma mudança na forma de se compreender o indivíduo e suas relações com o mundo. O indivíduo é concebido como um ser ativo e capaz de agir sobre o meio, o qual, por isso, assume responsabilidades no processo de adoecer e tratar a doença (Ogden, 1996; Zannon, 1991). O profissional de saúde é, antes de tudo, um educador que utiliza técnicas psicológicas para incentivar o paciente a participar efetivamente das decisões de seu tratamento (Costa Junior, 2005).

Para os usuários do sistema de saúde, observa-se ainda que timidamente, que novas ações têm acompanhado a perspectiva biopsicossocial de atenção à saúde, entre as quais: (a) a redução da ênfase sobre a medicina curativa e a adoção de perspectivas de incentivo à aquisição e manutenção de comportamentos para a saúde, incluindo fortalecimento de estratégias que priorizem adesão e enfrentamento de tratamentos de saúde (Bennett & Murphy, 1997/1999); e (b) a adoção gradativa, entre profissionais de saúde, de análises mais integradas de processos fisiológicos, psíquicos e sociais entre as variáveis que poderiam causar e perpetuar desordens na condição de saúde de indivíduos e grupos (Turk & Akiko, 2002).

A HISTÓRIA DE VIDA E A MANEJO COMPORTAMENTAL DA DOR

A história de vida contribui, de forma substancial, para a compreensão dos mecanismos de aquisição e manutenção da dor de um indivíduo, revelando dados sobre o papel desempenhado pelo contexto ambiental. Estudos retrospectivos com pacientes que sofrem de CTT vêm apontando a existência de parentes que também sofriam do mesmo problema (Adams, 1985; Waldie & Poulton, 2002), sugerindo uma história de modelação para o comportamento de dor, além de fatores genéticos, ainda não suficientemente esclarecidos, associados à manifestação do problema.

Segundo Adams (1985), os pais que percebem suas crianças como “doentes” ainda tendem a se mostrar superprotetores, buscando serviços médicos com mais frequência. Desta forma, a família contribui, primeiramente, para a aquisição do comportamento de dor, via mecanismos de modelação; em seguida, enfatiza sua manutenção, uma vez que a criança começa a utilizar a dor para se isentar de compromissos e encontra reforço positivo na atitude dos pais que a protegem. A consequência mais evidente deste processo é a adoção do comportamento de dor como esquiva diante de situações percebidas como estressantes. Além disso, por meio de mecanismos de generalização, situações cotidianas tornam-se mais facilmente percebidas como estressantes (Turk & Akiko, 2002).

Outros fatores são apontados pela literatura quando se discute a manutenção das queixas de cefaléia - por exemplo, algum trauma, sofrido ao longo do desenvolvimento do indivíduo, que gerou a primeira crise de dor (Adams, 1985; Waldie & Poulton, 2002). Uma vez sanado o problema, a dor persiste, provavelmente, por se tratar de uma oportunidade para o paciente entrar em contato com funções de esquiva e aquisição de reforçamento positivo, tal como descritas anteriormente. Nesses casos, observa-se a presença de reforçamento social positivo para comportamentos de dependência e manifestações de dor, em lugar do encorajamento à autonomia.

Considerando a dor como um evento potencialmente estressante, vários estudos buscaram compreender como indivíduos lidavam com suas crises de cefaléia, e identificaram a adoção de estratégias de enfrentamento que, ao invés de conduzir a uma melhora da condição de doença, acabavam por contribuir para a sua cronicidade (Waldie & Poulton, 2002).

Antes de prosseguir com o tema específico da CTT, parece interessante destacar o modelo

comportamental de dor crônica proposto por McCorkle (1978), no qual as pessoas que sofrem de dor e, conseqüentemente, passam a focalizar atenção neste problema, acabam se comportando de forma muito particular e deixando-se influenciar pela experiência de dor. Observou-se que tais indivíduos são caracteristicamente: (a) menos influenciados por outros aspectos do meio; (b) menos engajados em atividades produtivas e satisfatórias; (c) menos sensíveis aos benefícios primários e secundários de tais atividades; (d) mais predispostos a sofrer as conseqüências do estresse e outras deficiências. Com base em dados empíricos, McCorkle defende a idéia de que a dor resulta em comportamentos incompatíveis com uma boa qualidade de vida. Para o autor, pacientes com dor crônica tendem a perceber o problema como de maior intensidade, insistindo mais freqüentemente na procura por cuidados médicos ou alternativos. Este padrão comportamental acaba por contribuir para o agravamento do problema.

Rollnik et al. (2001) se propuseram a comparar a forma como pacientes com cefaléia episódica ou cefaléia crônica e indivíduos saudáveis avaliavam e enfrentavam os sintomas dolorosos. Os pacientes com CTT episódica tendem a se perceber como detentores de maior controle sobre o problema, não se diferenciando significativamente de indivíduos saudáveis; já os pacientes com dor crônica apresentam estados antecipatórios de ansiedade e depressão mais persistentes e sentimentos conseqüentes de desamparo, adotando estratégias menos eficientes de enfrentamento da dor. Entre estas estratégias, os autores destacam a referência ao uso de práticas religiosas como consolo, a aceitação da dor como um fato inquestionável e a alta freqüência de respostas de fuga e esquiva, tais como dormir em períodos diurnos.

Rollnik et al. (2001) ainda levantam a hipótese de que a adoção contínua de estratégias inefetivas de enfrentamento contribui para a repetição de episódios prolongados de dor, gerando prejuízos diversos ao indivíduo, tais como perdas financeiras, falta a compromissos, mudança de papéis domésticos e conseqüente depressão.

Dados anteriores já apontavam para estas relações. Spinhoven et al. (1991), por exemplo, observaram outras tendências ineficazes de enfrentamento da dor, incluindo: (a) a negação da dor e dos seus efeitos; (b) a tentativa de utilização de estratégias de policiamento (autocontrole) com afirmações freqüentes do tipo “todo mundo é capaz de lidar com qualquer tipo de dor”; e (c) a busca pelo engajamento em atividades que desviem a atenção para dor, as quais podem ser percebidas como mais

estressantes que a própria dor. Percebe-se, mais uma vez, uma tendência à utilização de estratégias de fuga e esquiva em face de estímulos estressores, particularmente episódios de dor. No mesmo estudo, efetuou-se um levantamento das conseqüências destas estratégias e evidenciou-se que os pacientes, mesmo quando engajados em atividades que pudessem distrair o pensamento, experimentavam episódios mais longos de dor durante o dia. Desta forma, os dados revelaram que, neste contexto, o uso destas estratégias não se mostrou eficaz, o que não exclui a possibilidade de que sejam eficazes em outras demandas.

Mais adiante, Holm, Lamberty, McSherry e Davis (1997) acrescentaram que indivíduos com CTT tendem ao pessimismo, levando à escolha de estratégias menos efetivas de enfrentamento. Os autores desenvolveram um estudo que buscava discriminar as características do meio ambiente que se relacionavam com as reações psicológicas dos pacientes. Verificou-se que indivíduos com CTT têm maior probabilidade de adotar uma visão distorcida da realidade, agindo muito mais de acordo com crenças pessoais (regras) do que de acordo com as características da situação (contingências).

Bag et al. (2005) chamam a atenção para a alta freqüência com que pacientes com CTT expressam comportamentos indicadores de ansiedade, depressão e hostilidade, dificultando a manutenção de relacionamentos sociais com outros indivíduos e grupos.

Estes estudos sobre estratégias de enfrentamento adotadas por pacientes com dor de cabeça apontam para uma tendência comportamental de atribuir caráter ansiogênico a eventos corriqueiros, revelando incapacidade de enfrentá-los de forma eficaz. Relatos de casos clínicos têm destacado uma freqüência significativa de comportamentos de fuga e esquiva associados a uma atitude de conformismo e sentimentos de desamparo quando o problema parece fugir ao controle. Estas características adversas podem contribuir para o agravamento do quadro clínico de dor, gerando implicações sistêmicas para a vida do paciente.

Mais uma vez, observa-se uma ênfase à interpretação dos eventos de maneira catastrófica por parte de pacientes portadores de CTT. Grande parte tem dificuldades para reduzir suas preocupações, sendo comum a alta freqüência, intensidade e duração da preocupação, desproporcionais à probabilidade ou impacto real de um problema.

Todos estes achados parecem apontar para fatores relativamente comuns entre pacientes com CTT, que incluem: uma tendência a exagerar os

problemas diários e/ou seus efeitos, preocupar-se com eles de forma excessiva, demonstrando evidente incapacidade em lidar com estressores. Tais fatores parecem afetar diferentes aspectos da vida destes indivíduos, conduzindo a um processo gradual de redução da qualidade de vida e percepção de piora da doença, que passa a ser a preocupação central na vida do indivíduo (Flores, 2005).

Sobre este último aspecto, Flores (2005) destacou alguns relatos de pacientes que sofriam de CTT os quais ilustram o impacto do problema na vida do indivíduo. Em um dos casos analisados pela autora, a participante relata “O maior problema da enxaqueca, para mim, é pensar nela quando não estou com dor. Isto é horrível, ficar com medo de ter dor à noite. Porque eu tenho um compromisso, então, fico com medo de ter crise” (p. 74). A preocupação frequente com futuras crises de cefaléia se desdobrava, segundo Flores, em comportamentos de evitação de compromissos relevantes para a qualidade de vida dos indivíduos, oscilações de humor e a construção de relações de dependência com outros membros do ambiente doméstico, que passavam a se desdobrar em cuidados em prol da melhora dos sintomas relatados.

UMA PROPOSTA DE TRATAMENTO PARA A CTT

Em geral, os tratamentos recomendados para os casos de CTT se dividem entre os farmacológicos (profilático ou abortivo) e os não farmacológicos. Os analgésicos e antiinflamatórios são mais comumente utilizados na tentativa de eliminar as crises e os antidepressivos como forma de prevenção.

Entre os tratamentos não farmacológicos, observa-se uma grande prevalência do uso de *biofeedback*, conjunto de técnicas que visam aumentar a habilidade do indivíduo no autocontrole voluntário de respostas fisiológicas, por meio de observação e informações de sinais psicofisiológicos evocados pelo organismo (Donner, 2001), além de psicoterapias cognitivas (Adams, 1986; Angelotti, 2001) e manipulações fisioterápicas (Bordini, 2001).

O que se observa, no entanto, é que o uso de técnicas, farmacológicas ou não, para o alívio de sintomas físicos da CTT parece apenas contribuir temporariamente para o paciente retornar às suas atividades quase normais. A análise de relatos de tratamentos médicos e psicológicos, bem como de seus efeitos, permite apontar a necessidade de mudanças na forma de o indivíduo se relacionar com o mundo e, conseqüentemente, com a doença, para que os resultados obtidos sejam mantidos por maiores

períodos de tempo (Flores, 2005). Essa proposta requer uma mudança de concepção sobre o processo de adoecer, considerando dimensões tanto físicas quanto comportamentais e sociais.

Adams (1985), por exemplo, sugere um modelo de intervenção que trate cada caso de forma individualizada, observando sistematicamente os fatores situacionais envolvidos na etiologia e manutenção do problema. Este procedimento ocorre em fases distintas, da seguinte forma: (a) coleta de dados via entrevista(s); (b) formulação de uma rede de hipóteses (formulação comportamental) com uma clara função diagnóstica; (c) escolha de estratégias funcionais de intervenção; e (d) discussão da formulação e tratamento com o paciente (resgate de seu papel ativo) com implementação do tratamento proposto e negociado, podendo haver avaliações do processo e reformulação de hipóteses a qualquer momento. Segundo Adams, a proposta garante o atendimento a aspectos idiográficos e sistêmicos do tratamento.

Essa opção permite uma alternativa de mensuração da linha de base dos comportamentos problemáticos, presentes na queixa dos clientes (em momento anterior a qualquer intervenção), bem como a identificação das relações funcionais entre variáveis de controle ou de manutenção e os comportamentos problemáticos e, finalmente, a sistematização de objetivos para intervenção psicológica (Turkat, Maistro, Burish & Rock, 1988).

A formulação comportamental consiste, destarte, em relacionar os problemas do cliente, fornecendo uma visão sistêmica do caso, capaz de colaborar para a sua compreensão etiológica, além de prever comportamentos futuros quando o indivíduo estiver exposto a situações semelhantes àquelas analisadas (Torós, 1997).

Como as informações devem ser as mais completas possíveis, todo relato relevante deve ser traduzido em termos de comportamentos (ações comportamentais). A etiologia do problema é investigada a partir da reconstrução da história de seu desenvolvimento, com ênfase em suas contingências antecedentes e conseqüentes (Turkat et al., 1988).

Nos casos em que não é verificada uma correspondência entre comportamentos verbais e ações ou a ambigüidade gerou dificuldades na formulação de hipóteses, cabe ao profissional refazer sua linha de questionamento, buscando outros exemplos associados, de modo a obter, assim, uma visão das práticas do indivíduo, para então relacioná-las ao que já foi relatado (Wolpe & Turkat, 1985).

Uma vez que o clínico já tenha coletado o depoimento autobiográfico do cliente e reproduzido esse depoimento na forma de texto, salientando os aspectos relevantes a uma avaliação comportamental, resta ainda formular hipóteses sobre as condições precipitadoras dos comportamentos problemáticos (Oliveira, 2002). O profissional deve associar a narrativa do cliente com uma série de hipóteses que poderão ajudar na escolha de objetivos para intervenção, daí seu caráter diagnóstico e individual.

Na etapa de devolução da formulação, o objetivo é que o cliente compreenda como seus problemas foram percebidos pelo profissional. Dessa forma, pode obter maior autonomia no sentido de concordar ou discordar, e modificar sua história, além de obter maiores subsídios para comportamentos futuros (Perkins, Hackbert & Dougher, 2000).

A proposta descrita é complementar a qualquer descrição topográfica, uma vez que contribui com análises funcionais de comportamentos complexos. Assim, a formulação comportamental se aplica a todo tipo de demanda na qual o clínico se propõe a trabalhar junto com o paciente na implementação de comportamentos funcionais que possam colaborar com sua qualidade de vida (Wolpe & Turkat, 1985; Zaro, Barach, Nedelman & Dreiblatt, 1980).

Considerando-se a CTT como uma demanda na qual a medicina e outras ciências continuam atuando de maneira focal, restringindo-se à eliminação de sintomas e apoiando-se em pesquisas que sugerem atuações prescritivas, bem como considerando-se que a doença precisa ser compreendida dentro de um contexto de relações onde o paciente, o meio social e os profissionais da saúde estão igualmente envolvidos, parece muito importante cuidar para que o tratamento proposto não pressuponha um perfil único de paciente, nem uma única forma de manifestação da doença, mas considere as individualidades de cada caso, assumindo um caráter dinâmico e sujeito a reavaliações periódicas (Zaro et al., 1980).

Ressalta-se que esta proposta ainda conta com a vantagem de gerar e atender a novas demandas de comportamento por parte dos pacientes, na medida em que, aplicada ao indivíduo, não se propõe apenas ao alívio da dor, mas a atingir o paciente em sua totalidade, restabelecendo seu senso de autonomia e melhorando sua adaptação a situações potencialmente estressantes. Desta forma, o paciente é estimulado a assumir, gradativamente, responsabilidades pelas mudanças de comportamento, crenças e pensamentos, em coerência com os modelos de atenção integral à saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com esta perspectiva, parece fundamental o clínico reconhecer a relevância de fatores comportamentais e sociais presentes nas formas mais comuns de evolução da CTT, contribuindo para a formulação de planos de tratamento eficientes e coerentes com uma proposta realmente sistêmica e idiográfica.

No estudo de Flores (2005), por exemplo, observou-se que a mera divulgação de informações técnicas para o paciente não se mostrava suficiente para promover mudanças significativas de comportamentos de saúde. O procedimento de formulação comportamental revelou-se útil principalmente por privilegiar cada um dos pontos de vista dos indivíduos investigados, que participaram ativamente na reformulação de hipóteses sobre seus casos. A iniciativa representava uma preocupação com a relevância social do procedimento e também tornava o participante co-responsável pela construção e utilização dos dados.

Do ponto de vista clínico, a estratégia proporcionou a criação de situações (motivadores) capazes de aumentar a probabilidade de um compromisso com a mudança comportamental. Os dados obtidos por Flores (2005) são indicativos de sucesso, uma vez que os participantes, todos com histórias prolongadas de CTT e muitas experiências mal-sucedidas de tratamento médico, mudaram a postura passiva que os tornava meros observadores de seu sofrimento, passando a considerar relações contingenciais responsáveis pela cefaléia e traçando objetivos para mudanças que extrapolavam a mera eliminação de sintomas de dor.

O profissional pode, ao longo de seu procedimento, acompanhar a reestruturação dos ambientes e manter controle sobre os comportamentos alternativos através de sessões sequenciais em intervalos regulares e bem-documentados. O acompanhamento caso a caso das experiências em cefaléia oportunizou, ainda, informações sobre fatores contingenciais associados ao problema e também sobre a coerência histórica e funcional presente na organização do repertório comportamental e cognitivo do paciente.

Segundo Flores (2005), o procedimento foi vantajoso, também, porque permitiu micro e macroanálises, o que tornou o clínico mais bem-informado sobre as reais necessidades dos pacientes, minimizando o uso indiscriminado de técnicas de intervenção e ampliando o enfoque até então centrado na eliminação dos sintomas.

O modelo biopsicossocial, representado pela proposta de formulação comportamental de casos de CTT, tem permitido a criação de maiores responsabilizações em saúde, fugindo de modelos paternalistas e passando a entender que a aceitação de uma patologia não se restringe à mera resignação, mas privilegia a busca de informação sistematizada e a tomada de iniciativas ao longo do processo, perfeitamente viável, de restauração da saúde.

REFERÊNCIAS

- Adams, H. E. (1985). Case formulations of chronic headaches. In J. D. Turkat (Ed.), *Behavioral case formulation* (pp. 87-108). New York: Plenum.
- Angelotti, G. (2001). Tratamento da dor crônica. Em B. Range (Org.), *Psicoterapias cognitivo-comportamentais* (pp. 535-545). Porto Alegre: Artmed.
- Bag, B., Hacıhasanoglu, R. & Tufekci, F. G. (2005). Examination of anxiety, hostility and psychiatric disorders in patients with migraine and tension-type headache. *International Journal of Clinical Practice*, 59(5), 515-521.
- Bennett, P. & Murphy, S. (1999). *Psicologia e promoção de saúde*. Lisboa: Climepsi. (Original publicado em 1997).
- Bigal, M. E., Bordini, C. A. & Speciali, J. G. (1999). Tratamento da cefaléia em uma unidade de emergência da cidade de Ribeirão Preto. *Arquivos de Neuro-psiquiatria*, 57(3-B), 813-819.
- Bordini, C. A. (2001). *Retratos da enxaqueca e das cefaléias primárias*. São Paulo: Lemos.
- Bordini, C. A., Bigal, M. E. & Silva, H. M. (2001). Cefaléia do tipo tensional. Em C. A. Bordini (Org.), *Retratos da enxaqueca e das cefaléias primárias* (pp. 59-64). São Paulo: Lemos.
- Costa Junior, A. L. (2005). Psicologia da saúde e desenvolvimento humano: o estudo do enfrentamento em crianças com câncer e expostas a procedimentos médicos invasivos. Em M. A. Dessen & A. L. Costa Junior (Orgs.), *A ciência do desenvolvimento humano* (pp. 171-189). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Donner, I. O. (2001). Biofeedback. Em B. Range (Org.), *Psicoterapias cognitivo-comportamentais* (pp. 131-142). Porto Alegre: Artmed.
- Flores, A. M. N. (2005). *Diagnóstico em processo: aspectos comportamentais e contextuais das cefaléias primárias*. Dissertação de Mestrado Não-Publicada, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília.
- Fumal, A. & Schoenen, J. (2005). Céphalées de tension. *Revue Neurologique*, 161(6-7), 720-722.
- Grazzi, L., Andrasik, F., Usai, S., D'Amico, D. & Bussone, G. (2004). Pharmacological behavioural treatment for children and adolescents with tension-type headache: Preliminary data. *Neurological Sciences*, 25(3), 270-276.
- Guimarães, S. S. (1999). Introdução ao estudo da dor. Em M. M. M. J. Carvalho (Org.), *Dor: um estudo multidisciplinar* (pp. 13-30). São Paulo: Summus.
- Holanda, A. (2005). Quando a cabeça dói. *Einstein Vida*, 6(1), 14-19.
- Holm, J. E., Lambert, K., McSherry, W. C. & Davis, P. A. (1997). The stress response in headache sufferers: Physiological and psychological reactivity. *Headache*, 37(4), 221-227.
- Holroyd, K. A., O'Donnel, F. J. D., Stensland, M. M. S., Lipchik, G. L., Cordingley, G. E. & Carlson, B. W. (2001). Management of chronic tension-type headache with tricyclic antidepressant medication, stress management therapy, and their combination: A randomized controlled trial. *The Journal of the American Medical Association*, 285(4), 2208-2215.
- International Headache Society - IHS (2004). The international classification of headache disorders. *Cephalgia: An International Journal of Headache*, 24(Suppl. 01), 01-160.
- Krymchantowski, A. V. (2001). Cefaléia. *Revista Brasileira de Medicina*, 58(1), 59-79.
- Matarazzo, J. D. (1980). Behavioral health and behavioral medicine: Frontiers for a new health psychology. *American Psychologist*, 35(9), 807-817.
- Martins, B. M. (2001). *A Comunicação no contexto de reabilitação: o encontro entre enfermeiro e paciente em uma unidade de assistência aos lesados medulares*. Dissertação de Mestrado Não-Publicada, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília.
- McCorkle, M. E. (1978). *A radical behaviorist study of Woman's experience of conflict*. Unpublished doctoral dissertation, Applied Behavior Analysis Program. University of Nevada, Reno, United States of America.
- Ogden, J. (1996). *Health psychology: A textbook*. Buckingham: Open University.
- Oliveira, S. C. M. (2002). *A interpretação na terapia comportamental: um estudo exploratório com uma terapeuta em treinamento*. Tese de Doutorado Não-publicada, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade de Brasília: Brasília.
- Perkins, D. Hackbert, L. & Dougher, M. (2000). Interpretation in clinical behavior analysis. In C. Dougher (Ed.), *Clinical behavioral analysis* (pp. 291-302). Reno: Context.
- Raskin, H. N. (1995). *Merritt's textbook of neurology: Migraine and other headaches*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Rollnik, J. D., Karst, M., Fink, M. & Dengler, R. (2001). Coping strategies in episodic and chronic tension-type headache. *Headache*, 41(4), 297-302.
- Sociedade Brasileira de Cefaléia (2007). Dor de cabeça: tipos de dor de cabeça. Recuperado em 02 de Abril de 2007, de http://www.sbce.med.br/dor_cabeca/tipos_dor_cabeca.asp.
- Spinhoven, P., Jochems, P. A., Linssen A. C. & Bogaards, M. (1991). The relationship of personality variables and patient recruitment to pain coping strategies and psychological distress in tension headache patients. *Clinical Journal of Pain*, 7(1), 12-20.
- Straub, R. O. (2005). *Psicologia da saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Original publicado em 2002).
- Torós, D. (1997). O que é diagnóstico comportamental. Em M. Delitti (Org.), *Sobre comportamento e cognição: a prática da análise do comportamento e da terapia cognitivo comportamental* (pp. 98-103). São Paulo: ARBytes.
- Turk, D. C. & Akiko, O. (2002). Psychological factors in chronic pain: Evolution and revolution. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(3), 678-690.

- Turkat, I. D., Maistro, S. A., Burish, T. G. & Rock, D. L. (1988). Verificação da formulação sobre casos clínicos. Em H. W. Lettner & B. Range (Orgs.), *Manual de psicoterapia comportamental* (pp. 36-44). São Paulo: Manole.
- Waldie, K. E. & Poulton, R. (2002). Physical and psychological correlates of primary headache in young adulthood: A 26 year longitudinal study. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 72(1), 86-92.
- Welch, K. M. A. (2001). A 47-Year-old woman with tension-type headaches. *The Journal of the American Medical Association*, 286(8), 960-966.
- Wolpe, J. & Turkat, J. D. (1985). Behavioral formulation of clinical cases. In J. D. Turkat (Ed.), *Behavioral case formulations* (pp. 05-35). New York: Plenum.
- Zannon, C. M. L. C. (1991). Desenvolvimento psicológico da criança: questões básicas relevantes à intervenção comportamental no ambiente hospitalar. *Psicologia Teoria e Pesquisa*, 7(1), 119-136.
- Zaro, J. S., Barach, R., Nedelman, D. J. & Dreiblatt, Z. B. N. (1980). *Introdução à prática psicoterapêutica* (pp. 29-40). São Paulo: EPU/EDUSP.

Recebido em 24/01/06

Aceito em 28/03/07

Endereço para correspondência: Áderson Luiz Costa Junior. SQN 206 Bloco 'G' Apartamento 603, Asa Norte, CEP 70844-070, Brasília-DF. *E-mail:* aderson@unb.br