

Contribuições da psicologia para a reabilitação de doentes com dor músculo-esquelética

Psychology and rehabilitation of musculoskeletal pain patients

Andréa G. Portnoi*

Portnoi, A.G. Contribuições da psicologia para a reabilitação de doentes com dor músculo-esquelética. *Rev. Med. (São Paulo)*, 80(ed. esp. pt.2):256-61, 2001.

RESUMO: As emoções e os valores simbólicos individuais influenciam a magnitude das sensações dolorosas. A análise das estratégias de enfrentamento, das características psicocomportamentais dos doentes, e de seus familiares e cuidadores e das características de seus ambientes possibilita o estabelecimento de programas de reabilitação psicodinâmicas, comportamentais, cognitivo-comportamentais e psicoeducativos que muito podem contribuir para a melhora daqueles que padecem com dor.

DESCRITORES: Síndromes da dor miofascial/psicologia. Síndromes da dor miofascial/reabilitação. Dor/patologia. Entrevista psicológica.

INTRODUÇÃO

No final do século XIX já existiam duas teorias mais aceitas para explicar os mecanismos da dor: a teoria da especificidade e a teoria do padrão de estímulos. Uma terceira teoria, não fisiológica, passou a ser enfatizada, a teoria afetiva, e segundo a qual a dor não apresenta apenas qualidades sensoriais, mas também qualidades afetivas, que influenciam os eventos sensoriais e interferem na atividade dos indivíduos. O desenvolvimento tecnológico observado durante as primeiras décadas do século XX enfatizou o conceito de dor como sensação, relegando os processos afetivos e motivacionais a segundo plano. Após a apresentação da Teoria de Comportamento de Controle da Dor em 1965, a grande maioria dos autores passou a considerar

a dor não apenas de uma perspectiva sensorial mas incluindo também as dimensões emocionais e cognitivas^{15,16}.

A partir do momento em que se começou a considerar a percepção da dor como resultante da interação dinâmica de eventos sensoriais, emocionais, cognitivos, comportamentais e sócio-culturais, a compreensão do fenômeno doloroso tornou-se mais ampla.

Ao creditar um papel importante às variações peculiares a cada indivíduo, o conhecimento científico passou também a demandar um modelo de pensamento que as incluísse: o modelo biopsicossocial.

A reabilitação de indivíduos com dor crônica inclui a prevenção do agravamento da condição e conseqüente

* Psicoterapeuta, mestre e doutora em Psicologia Social e do Trabalho pelo Instituto de Psicologia da USP e Membro da Liga de Dor do Centro Acadêmico Oswaldo Cruz da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e do Centro Acadêmico XXXI de Outubro da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

envolve a recuperação de uma série de eventos que foram alterados devido à ocorrência da dor e à sua persistência. Com frequência é possível constatar-se, nos doentes com dor, déficits, isto é, anormalidades ou perdas anatômicas, fisiológicas ou psicológicas que podem ser objetivamente determinadas através de avaliações clínicas ou exames complementares. Os déficits podem resultar em diferentes graus de limitação ou incapacitação física, que por sua vez, podem também implicar em diferentes graus de limitação ou incapacitação funcional³. Entretanto, nem sempre as queixas algícas encontram-se associadas a anormalidades anatômicas e ou fisiológicas, isto é, a condições orgânicas.

Atuação do psicólogo em clínicas de dor

Há distinção entre tarefa e função. A limitação ou incapacidade física refere-se à habilidade de cada indivíduo para executar movimentos e ações necessárias para a realização de atividades de vida prática e de vida diária. A limitação ou incapacitação funcional, refere-se ao desempenho de funções, isto é, à motivação para a realização destas tarefas, ou seja, ao preenchimento do *status* e dos papéis que a média dos indivíduos exerce em seus ambientes. Os psicólogos podem colaborar com os tratamentos voltados para o restabelecimento das habilidades para a execução das tarefas, assim como para a manutenção e/ou promoção da capacitação funcional dos doentes.

Para os doentes o ajustamento à dor crônica significa aprender a conviver com ela e, muitas vezes, com variados graus de limitações físicas e funcionais. Ao longo do tempo, os doentes com dor músculo-esquelética tendem, progressivamente, a se abster de suas ocupações, alterando seus hábitos e rotinas cotidianos, modificando seus papéis familiares e sociais, paralisando ou cancelando seus projetos de vida e tornando-se mais dependentes de terceiros, inclusive do sistema de saúde que, com frequência, não se encontra habilitado a eliminar ou resolver completamente a dor, apenas a alivia-la¹⁹.

Um dos conceitos fundamentais que permeiam os esforços para promover a capacitação funcional dos doentes é o de *coping* ou enfrentamento da dor. Enfrentamento pode ser conceituado como "... esforços cognitivos e comportamentais que se modificam constantemente, com finalidade de administrar exigências específicas, internas ou externas, avaliadas como sobrecarregando ou excedendo os recursos do indivíduo"¹⁴ (p.141). Quando a dor é intensa ou persistente o suficiente para induzir o indivíduo a procurar assistência, é provável que estejam sendo impostas demandas que excedem seus recursos próprios para enfrentá-las.

Ajustamento e enfrentamento são conceitos

distintos. O ajustamento abrange desde rotinas, pensamentos e comportamentos automáticos até o próprio enfrentamento. Enfrentamento é um processo acionado especialmente em situações nas quais o indivíduo não pode se conduzir como normalmente o faria, isto é, implica na ocorrência de condição de estresse que requer a utilização de ações especiais para administrá-lo⁷.

O processo de enfrentamento é dinâmico, ocorre ao longo do tempo e envolve as transações entre indivíduo e ambiente, administrando-as a fim de otimizar o processo de ajustamento. Os métodos empregados para tal são conhecidos como estratégias de enfrentamento e devem ser discriminados tanto do processo como um todo quanto dos resultados e conseqüências de seu uso¹⁴.

Os doentes com dores crônicas tendem a utilizar espontaneamente estratégias como a evitação, minimização, distanciamento e atenção seletiva, e, embora possam ser adequadas para lidar com a sensação dolorosa a curto prazo, de modo geral, são de pouca utilidade para reabilitação e promoção da capacitação funcional dos doentes.

A recuperação, o aumento e a adequação da capacitação funcional dos doentes com dor músculo-esquelética não são objetivos exclusivos dos psicólogos e sim de todos os profissionais que, integrando ou não equipes interdisciplinares, voltam-se para a reabilitação. A Psicologia oferece diversos recursos de avaliação, informação e terapêutica que podem contribuir neste processo.

Avaliação psicológica de doentes com dor crônica

Em princípio, o papel da avaliação psicológica é o de investigar e analisar possíveis fatores psicológicos que tenham contribuído para o aparecimento da condição dolorosa e ou que possam estar influenciando sua manutenção e/ou agravamento. Toda intervenção psicológica, inclusive a avaliação, tendem a ter efeito terapêutico.

O principal objetivo da avaliação é produzir informações objetivas que possam contribuir para o planejamento terapêutico de cada doente. Os principais objetos desta investigação costumam ser os antecedentes psicológicos, o levantamento da história pessoal e da história da dor tal como percebida pelo doente, a investigação de fatores emocionais, cognitivos, comportamentais e sócio-culturais que possam influenciar a manifestação dos sintomas e/ou que possam constituir possíveis obstáculos para a reabilitação e para a reinserção social dos doentes²⁰.

A metodologia de avaliação psicológica pode incluir entrevistas semi-dirigidas ou fechadas, a

Edição Especial

observação de comportamento que conta sobretudo com os diários de dor, os testes tradicionais de psicodiagnóstico e uma série de questionários que foram especialmente criados para estes doentes¹⁷.

As condutas terapêuticas dependem das características de cada doente e do momento em que se encontra no curso de sua doença. Durante a fase inicial do processo doloroso deve-se priorizar a avaliação de aspectos que facilitam a cronificação da condição; para doentes com história prolongada de dor, deve-se investigar os fatores que influenciam a adesão aos tratamentos e/ou prejudiquem o processo de reabilitação¹².

Intervenções terapêuticas

As intervenções psicoterapêuticas, da entrevista de orientação ao processo psicanalítico, podem contribuir na reabilitação do doente com dor crônica. A escolha do procedimento mais adequado depende das demandas específicas dos doentes, do contexto onde a proposta terapêutica é realizada e das condições específicas da formação de cada profissional.

As terapias psicodinâmicas pressupõem que determinados fatores inconscientes possam exercer papel preponderante na etiologia, manutenção e exacerbação da dor crônica. Engel⁴, pesquisador dedicado ao estudo da dor, considerou ser possível existir personalidades predisponentes à dor, uma vez que ela integra uma série de relacionamentos precoces atuantes no desenvolvimento da personalidade. A terapia psicodinâmica dedica-se principalmente, à análise e a elaboração de pensamentos e sentimentos que se manifestam no contexto terapêutico. Seus pressupostos básicos não só incluem, mas dão primazia à realidade do mundo interno dos indivíduos, considerando as mudanças comportamentais como conseqüências da reorganização deste mundo interno. Seus métodos enfatizam a interpretação de conflitos, o *insight* e, principalmente, a natureza da relação terapêutica, onde ocorrem trocas transferênciais e contra-transferênciais⁸. Suas distintas abordagens permitem elevado grau de personalização o que as torna especialmente indicadas para doentes que não se responderam bem a outras intervenções psicológicas. Por outro lado, a alta tendência à personalização dificulta seu uso em pesquisas e a variabilidade de sua duração assim como outras características de seus métodos desafiam sua operacionalização no contexto hospitalar.

As terapias comportamentais pressupõem que todas as respostas comportamentais abertas são significativamente influenciadas por suas conseqüências e pelo contexto no qual são emitidas. Fundamentam-se em teorias de aprendizagem que propõem serem os comportamentos de dor condicionados à presença ou ausência de reforços

ambientais⁵. Embora não ignorem a existência de outros fatores relacionados à dor, as terapias comportamentais consideram o comportamento aberto de dor como o aspecto clínico mais relevante da apresentação do doente. Em comparação com as terapias psicodinâmicas, cujo foco é o mundo interno do doente, pode-se dizer que as terapias comportamentais concentram-se em seu mundo externo. Sua realização exige o estabelecimento preciso de comportamentos alvos, que serão modificados através de métodos tais como reforço, punição, extinção, modelagem, etc. Demandam para sua execução, ambientes mais controlados, tais como os das unidades de internação hospitalar. São especialmente indicadas quando os comportamentos de dor são crônicos e ocorrem em função dos ambientes, horários ou pessoas presentes, são reconhecidos por outras pessoas, são acompanhados de algum tipo de reforço e excedem o referencial físico quando doente apresenta grande preocupação com a dor resultante de atividade física ou retorno ao trabalho²¹.

Os fundamentos das terapias cognitivo-comportamentais incluem os da teoria comportamental e acrescentam elementos cognitivos e afetivos que influenciam o surgimento, manutenção ou extinção de comportamentos. Esta abordagem se refere a uma variedade de intervenções que compartilham, como pressuposto básico, a importância das interações entre eventos ambientais, cognições e comportamentos na determinação de percepções subjetivas de dor e suas manifestações². Suas principais metas incluem o restabelecimento nos doentes da crença na capacidade pessoal de lidar com diferentes problemas e o ensino de uma série de recursos instrumentais, que lhes permitirão realizar tal tarefa no presente e no futuro. Para tal, valem-se de quatro componentes característicos destas intervenções: educação, aquisição de habilidades, ensaios de utilização destas habilidades, e por fim, sua generalização e manutenção². Comparada às intervenções anteriores, a terapia cognitivo-comportamental, por considerar as relações entre indivíduo e ambiente, procura articular o mundo interno do doente (cognições e emoções) e seu mundo externo (comportamento individual e resposta ambiental). É considerada uma das mais adequadas para doentes cuja condição dificulta a identificação de causas, curso e conseqüências de sua doença. As terapias cognitivo-comportamentais são geralmente breves e de fácil operacionalização em ambientes clínicos².

Derivadas das terapias cognitivo-comportamentais, os métodos educativo-terapêuticos são, de modo geral, realizados em grupo e constituem um grande avanço na terapia e reabilitação de doentes com dor músculo-esquelética. Grande parte das intervenções psicológicas pode ser desenvolvida de maneira individual ou grupal,

entretanto as abordagens grupais são especialmente indicadas para doentes com dor crônica por que, apesar de ser uma experiência privada, a dor sempre ocorre dentro de um contexto social¹³. Realizadas em grupo, as intervenções psicológicas acrescentam um elemento de aprendizagem social e oferecem vantagens para o doente porque constituem oportunidade de convivência com outros indivíduos em situações semelhantes além de possibilitar a criação de referenciais grupais que atenuam sentimentos de isolamento e de alienação. Para o terapeuta, possibilitam atuar diretamente nos comportamentos que ocorrem no contexto social do grupo e compartilhar com o próprio grupo temas relativos à sua evolução clínica e à prevenção da dependência terapêutica. Para as instituições, tratamentos em grupo representam um recurso mais econômico, pois permitem que um maior número de doentes possa ser tratado simultaneamente pelo mesmo profissional⁶. Os procedimentos educativo-terapêuticos mais conhecidos são as intervenções psicoeducativas e os programas multidisciplinares.

As intervenções psicoeducativas coordenadas por psicólogos, são aplicadas de várias maneiras e em diversas situações institucionais. Geralmente, partem de um conteúdo educacional explícito, sejam textos, palestras ou demonstrações que veiculam informações pertinentes à condição do doente e/ou promovem o treinamento de habilidades cognitivas e/ou comportamentais, tais como técnicas de relaxamento, treinamento de assertividade, de solução de problemas, etc. Os trabalhos grupais que se seguem baseiam-se não apenas nas informações explícitas veiculadas, mas também na elaboração do conteúdo implícito ou subjacente por elas mobilizado (temores, resistências, etc.), permitindo a aquisição e a utilização destes conhecimentos.

Bastante conhecida na América Latina devido à sua adaptabilidade às mais diversas condições, a técnica de grupos operativos é uma das mais adequadas aos objetivos educativo-terapêuticos das intervenções psicoeducativas. Portnoi (1999)¹⁸ avaliou 23 mulheres com síndrome de fibromialgia e as dividiu em dois grupos. Os doentes pertencentes ao grupo de tratamento (n = 12) preencheram uma bateria de questionários e participaram de oito sessões de grupo operativo centradas no enfrentamento da condição dolorosa, e o grupo não tratado (n = 11), apenas preencheu a bateria de questionários. No grupo de tratamento foram observadas, registradas e analisadas, entre outras, as estratégias de enfrentamento criadas pelas participantes; em ambos os grupos foram avaliadas a intensidade e as características da dor, o estado e o traço de ansiedade, a depressão, as estratégias de enfrentamento e o *locus* de controle da dor, quando do início da pesquisa, e 9, 12 e 16 semanas depois da primeira avaliação. Durante o processo terapêutico, o grupo de

tratamento passou a utilizar as sensações dolorosas como referenciais do enfrentamento voltado para o controle das situações e, as percepções de ansiedade, como referenciais do enfrentamento voltado para o controle das emoções, resultando em aumento significativo das sensações dolorosas e do estado de ansiedade. O grupo não tratado apenas modificou de maneira significativa a frequência de algumas das estratégias de enfrentamento mensuradas, a fim de controlar as expectativas criadas pelos períodos de espera e pela participação na pesquisa. A técnica de grupos operativos mostrou-se útil como instrumento que aumentou recursos cognitivos das doentes e para possibilitar a criação e execução de estratégias cognitivas e comportamentais de enfrentamento da condição dolorosa no dia a dia. Seus efeitos puderam ser constatados quantitativamente nos componentes sensorio-discriminativos e afetivo-motivacionais da dor, de onde originaram-se os principais recursos de enfrentamento, e observados qualitativamente nos componentes cognitivo-avaliativos da condição dolorosa.

Nos programas multidisciplinares educativo-terapêuticos mais popularmente conhecidos como “Escolas”, as intervenções psicológicas fazem parte de um contexto mais amplo de ação que reúne diversos recursos. Segundo Bennett¹, estes tratamentos, essencialmente educacionais, também derivam das abordagens cognitivo-comportamentais e são especialmente úteis para fornecer aos doentes informações básicas a respeito da doença, conscientizá-los das várias opções de tratamento disponíveis e para melhorar sua auto-eficácia. Nestes programas, vários profissionais veiculam informações, ensinam e treinam os doentes com dor crônica a usar técnicas úteis no controle de sua condição, e das emoções associadas e a prevenir possíveis impedimentos na execução de tarefas e no desempenho de funções cotidianas. A participação dos psicólogos nos programas multidisciplinares pode ir desde a colaboração na estrutura didática, nas formas de apresentação de seus diferentes conteúdos, na avaliação de sua eficácia, etc. até o oferecimento direto de informações e orientações, à promoção de discussões voltadas para o enfrentamento das alterações afetivas e cognitivas relacionadas à condição dolorosa, dos problemas familiares e ocupacionais, etc. além de ensinarem técnicas psicológicas tais como relaxamento, *biofeedback*, imaginação dirigida, visualização, hipnose, etc.

Em nosso meio, Divisão de Medicina Física e Reabilitação do Instituto de Ortopedia do HC-FMUSP originou as escolas de coluna, osteoporose, fibromialgia e LER/DORT. Uma descrição mais detalhada do programa da “Escola de Fibromialgia” foi apresentado por Portnoi et al. (2001)¹⁹.

Os resultados de atuação da “Escola de

Edição Especial

Fibromialgia” na qualidade de vida foram avaliados em 56 doentes segundo o “Fibromyalgia Impact Questionnaire” (FIQ) ao início, ao final e 2 e 4 meses após o seu término. A média inicial do FIQ foi de 68,5 pontos ao final do programa; 60,4 após dois meses e 63,9 após 4 meses, o que significa que, embora estes resultados não apresentem tendência de manter-se a longo prazo, o programa conseguiu, em curto prazo, induzir uma redução do impacto da doença na vida dos participantes¹¹. Em outro estudo, envolvendo 60 indivíduos, o nível de atividade física antes do programa multidisciplinar foi comparado à adesão dos doentes às atividades físicas propostas. Constatou-se que antes do programa, 81,6% dos doentes não praticava nenhum tipo de atividade e que, após o programa, 83,3% dos participantes passou a realizar caminhadas, sendo que 32,5% passou a caminhar diariamente e 53,4% de 2 a 3 vezes por semana; apenas 14,1% não aderiu à proposta. A prática de exercícios de alongamento passou a ser adotada por 83,3% dos doentes, sendo que destes, 34% passou a realizá-lo diariamente, 44% de 2 a 3 vezes por semana e, apenas 22%, não deu continuidade à prática⁹. Os exercícios de relaxamento passaram a ser praticados por 71,6% dos participantes

sendo que destes, 41,8% passou a praticá-los diariamente, 38,8% de 2 a 3 vezes por semana e, apenas 19,4% não aderiu à prática¹⁰.

CONCLUSÃO

A atuação de psicólogos nas equipes interdisciplinares otimiza o trabalho de outros profissionais. As avaliações psicológicas fornecem informações úteis para as decisões sobre os objetivos e destes planejamentos das terapias e para a prevenção de possíveis obstáculos, auxiliam a execução e seleção das demais intervenções pois detectam fatores capazes de influenciar a adesão e as respostas aos tratamentos. Ao longo do processo terapêutico, os psicólogos podem detectar alterações que demandem acompanhamento psicológico ou a preparação dos doentes para determinados procedimentos.

As diferentes abordagens psicoterapêuticas podem contribuir para aumentar a capacitação funcional dos doentes, promovendo ajustamento ativo à realidade de suas condições, incluindo sua participação ativa e, porque não, crítica, nas diferentes intervenções que se propõem a beneficiá-los.

Portnoi, A.G. Psychology and rehabilitation of musculoskeletal pain patients. *Rev. Med.* (São Paulo), 80(ed. esp. pt.2):256-61, 2001.

ABSTRACTS: Emotions and symbolisms of the sensations interfere with the magnitude of pain conditions. The analysis of the coping strategies and the correction behavioural abnormalities with psychodynamic, behavioural, cognitive behavioural and psychoeducative programs are important tools for treatment and prevention of induction of many pain conditions.

KEYWORDS: Myofascial pain syndromes/psychology. Myofascial pain syndromes/rehabilitation. Pain/pathology. Interview/psychological.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bennett, R.M. Multidisciplinary group programs to treat fibromyalgia patients. *Rheum. Dis. Clin. North Am.*, 22:351-67, 1996.
2. Bradley, L. Cognitive-behavioral therapy for chronic pain. In: Gatchel, R.J., Turk, D.C., ed. *Psychological approaches to pain management*. New York, Guilford, 1996. p.259-82.
3. Dittmar, S.S., Gresham, G.E. *Functional assessment and outcome measures for the rehabilitation health professional*. Aspen, Gaithersburg, 1977.
4. Engel, G.L. Psychogenic pain and the pain-prone patient. *Am. J. Med.*, 1959 reprinted. In: Grzesiak, R.C., Ciccone, D.S., ed. *Psychological vulnerability to chronic pain*. New York, Springer, 1994. p.179-221.
5. Fordyce, W.E. *Behavioral methods for chronic pain and illness*. St. Louis, C. V. Mosby, 1976.
6. Gentry, W.D., Owens, D. Pain groups. In: Holzman, A.D., Turk, D.C., ed. *Pain management: a handbook of psychological treatment approaches*. New York, Pergamon, 1986. p.100-12.
7. Gimenes, M.G.G. A teoria do enfrentamento e suas implicações para sucessos e insucessos em psiconcologia. In: Gimenes, M.G.G., Fávero, M.H., ed. *A mulher e o câncer*. Campinas, Psy, 1997. p.111-47.
8. Grzesiak, R.C., Ury, M.G., Dwrkin, R.H. Psychodynamic psychotherapy with chronic pain patients. In: Gatchel, R.J., Turk, D.C., ed. *Psychological approaches to pain management*. New York, Guilford, 1996. p.148-78.
9. Kaziyama, H.H.S., Souza, L.P.M. Adesão dos pacientes às atividades físicas ensinadas no programa educacional para fibromialgia. In: Anais do XVI Congresso Brasileiro de Medicina Física e de Reabilitação. *Acta Fisiat.*, 6(Supl.):112, 1999.

10. Kaziyama, H.H.S., Souza, L.P.M. Considerações a respeito da escola de fibromialgia do IOT-HC-FMUSP. In: Anais do XVI Congresso Brasileiro de Medicina Física e de Reabilitação. *Acta Fisiat.*, 6:(Supl.):122, 1999.
11. Kaziyama, H.H.S., Riberto, M., Moran, C.M., Ramos, A.M., Imamura, S.T. Instructive program for fibromyalgic patients (FM): effects on quality of life. In: 4th World Congress on Myofascial Pain and SFM, Italy, 1998. *Abstracts. J. Musculoskel. Pain*, 6(Suppl. 2):128, 1998.
12. Keefe, F.J., Bradley, L.A., Main, C.J. Psychological assessment of the pain patient for the general Clinician. In: Max, M., ed. *Pain 1999, an updated review – Refresher Course Syllabus*. International Association for the Study of Pain. Seattle, IASP Press, 1999. p.219-30.
13. Keefe, F.J., Beaupré, P.M., Gil, K.M. Group therapy for patients with chronic pain. In: Gatchel, R.J., Turk, D.C. *Psychological approaches to pain management*. New York, Guilford, 1996. p.131.
14. Lazarus, R., Folkman, S. *Stress, appraisal, and coping*. New York, Springer, 1984.
15. Melzack, R., Wall, P.D. Pain mechanisms: a new theory. *Science*, 150:971-79, 1965; reprinted in *Pain Forum*, 5:3-11, 1996.
16. Melzack, R., Wall, P.D. *The challenge of pain*. 2.ed. London, Penguin Books, 1991.
17. Portnoi, A.G. Avaliação do doente com dor: limites e alcances dos testes e escalas psicossociais. In: III Simpósio Multidisciplinar de Afecções Músculo-Esqueléticas Relacionadas ao Trabalho (AMERT) e às Atividades Físicas, 2000. *Anais*. p.18-26.
18. Portnoi, A.G. *Dor, stress e enfrentamento: grupos operativos em doentes com síndrome de fibromialgia*. São Paulo, 1999. 256p. Tese (Doutorado) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.
19. Portnoi, A.G., Marques, L.P., Kaziyama, H.H.S. Escola de Fibromialgia: um programa educativo e terapêutico de reabilitação. In: Teixeira, M.J., Yeng, L.T., Kaziyama, H.H.S. *Reabilitação nas dores crônicas incapacitantes de origem miofascial*. São Paulo, Roca, 2001. [no prelo].
20. Portnoi, A.G., Loduca, A., Moura, R. Avaliação psicológica da dor crônica. In: Teixeira, M.J., Yeng, L.T., Kaziyama, H.H.S. *Reabilitação nas dores crônicas incapacitantes de origem miofascial*. São Paulo, Roca, 2001 [no prelo].
21. Sanders, S.H. Operant conditioning with chronic pain: back to basics. In: Gatchel, R.J., Turk, D.C. *Psychological approaches to pain management*. New York, Guilford, 1996. p.112-30.