

# CONTRIBUIÇÕES DA PSICOLOGIA PARA A REABILITAÇÃO DE DOENTES COM DOR MÚSCULO ESQUELÉTICA

PORTNOI, A. G. *Contribuições da Psicologia para a Reabilitação do Doente com Dor Músculo Esquelética*. Revista de Medicina: Dor Músculo-Esquelética. v. 80 (ed. esp. pt 2), p.256-61, 2001.

No final do século XIX já existiam duas teorias importantes sobre os mecanismos fisiológicos da dor: a teoria da especificidade e a teoria da intensidade. Além destas, uma terceira teoria, não fisiológica, também havia sido proposta: a teoria afetiva, segundo a qual a dor não possuía apenas uma qualidade sensorial, mas também uma qualidade afetiva, que influenciava todos os eventos sensoriais e conduzia o indivíduo à ação. Entretanto, o desenvolvimento tecnológico do início do século XX enfatizou o conceito de dor enquanto sensação, relegando os processos afetivos e motivacionais a um segundo plano e foi apenas a partir de 1965, com a criação da Teoria da Comportamento de Controle da Dor, que a dor deixou de ser considerada apenas pela perspectiva sensorial e começou a incluir também os aspectos perceptuais<sup>15, 16</sup>.

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.

## Reabilitação

A reabilitação de indivíduos com dor crônica, diz respeito à prevenção do agravamento da condição e inclui a recuperação de uma série de eventos que foram alterados pelo aparecimento e pela continuidade da dor. Não é proposta deste texto discutir o conceito

de reabilitação, mas apenas considerar alguns fatores para que se possa localizar o âmbito de atuação dos psicólogos.

Nem sempre as queixas dolorosas se encontram associadas a alterações anatômicas e/ou fisiológicas, isto é, a patologias orgânicas, mas com frequência é possível se constatar a presença de déficits, isto é, anormalidades ou perdas anatômicas, fisiológicas ou psicológicas que podem ser objetivamente determinadas através de avaliações clínicas ou exames laboratoriais. De modo geral, 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 funcional<sup>3</sup>. Aqui cabe estabelecer uma distinção entre tarefa e função. Para efeito deste texto, a limitação ou incapacitação física se refere à realização de tarefas, isto é, à habilidade de cada indivíduo para executar movimentos e ações necessárias para a realização de atividades de vida prática e de vida diária; e a limitação ou incapacitação funcional, se refere 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 seu ambiente.

Tal distinção se torna importante na medida em que, os psicólogos podem colaborar com os tratamentos voltados para o restabelecimento das habilidades para execução das tarefas, porém o grande foco das pesquisas e de atuação da Psicologia vem se concentrando na manutenção e/ou promoção da capacitação funcional dos doentes.

## O Ajustamento à Condição Dolorosa

Para os doentes o ajustamento à dor crônica significa aprender a conviver com a dor e, possivelmente, com diferentes graus de limitação física e/ou funcional. Para os profissionais de saúde, em geral, representa acessar a história, situação e perspectivas

físicas, psicológicas e sociais dos indivíduos para avaliar, sanar ou prevenir prejuízos causados pela condição dolorosa.

Ao longo do tempo, os doentes com dor músculo esquelética tendem, progressivamente, a se marginalizar 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 e mais dependente de terceiros, inclusive do sistema de saúde que, com frequência, não pode eliminar ou resolver completamente seu problema de dor, apenas aliviá-lo<sup>19</sup>.

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 mudam constantemente, para administrar exigências específicas, internas ou externas, avaliadas como sobrecarregando ou excedendo os recursos do indivíduo”<sup>14</sup> (p.141). Quando a dor de um indivíduo é intensa ou persistente o suficiente para induzi-lo a procurar assistência, certamente estão sendo impostas demandas que excedem seus recursos próprios para enfrentá-las.

Ajustamento e enfrentamento são conceitos distintos. Ajustamento abrange desde rotinas, pensamentos e comportamentos automáticos até o próprio enfrentamento. Já o enfrentamento é um processo utilizado especialmente em situações nas quais o indivíduo não pode se conduzir com normalmente o faria, isto é, ele sempre implica numa condição de estresse que requer a utilização de ações especiais para administrá-lo<sup>7</sup>.

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 uso<sup>14</sup>.

Os doentes com dores crônicas tendem a utilizar espontaneamente estratégias como a evitação, a minimização, o distanciamento e a atenção seletiva, e, embora estas estratégias possam ser adequadas para lidar com a sensação dolorosa em curto prazo, de modo geral, são de pouca utilidade quando o objetivo central é a reabilitação do doente e a promoção da sua capacitação funcional.

### **A Psicologia e a Capacitação Funcional na Dor Crônica**

A recuperação, aumento e 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 multidisciplinares, se voltam para a reabilitação destes doentes. A Psicologia oferece diversos recursos de avaliação, informação e terapêuticos que podem contribuir no processo como um todo.

### **A 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 que possam estar influenciando sua manutenção e agravamento. Toda intervenção psicológica, inclusive a avaliação, tendem a ter um 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 de sintomas e que possam se constituir em possíveis obstáculos para a reabilitação e para a reinserção social do doente<sup>20</sup>.

A metodologia de avaliação psicológica pode incluir entrevistas semi-dirigidas ou fechadas, a observação de comportamento que conta, sobretudo com os diários de dor, os testes

tradicionais de psicodiagnóstico e uma série de questionários que vêm sendo especialmente criados para esta população<sup>17</sup>.

As condutas terapêuticas irão depender das características de cada doente e do momento em que se encontra no curso de sua doença: para doentes no início do processo doloroso deve-se priorizar a avaliação de aspectos que possam facilitar a cronificação da condição; para aqueles com história prolongada de dor, deve-se investigar os fatores que venham a influenciar a adesão aos tratamentos e/ou prejudicar o processo de reabilitação<sup>12</sup>.

### **As Intervenções Terapêuticas**

De modo geral, todas as intervenções psicoterapêuticas, da entrevista de orientação ao processo psicanalítico, podem contribuir na reabilitação do doente com dor crônica. Apenas a escolha da abordagem mais adequada irá depender das demandas específicas dos doentes, do contexto onde a proposta terapêutica irá ser realizada e das condições específicas da formação de cada profissional.

As terapias psicodinâmicas partem do pressuposto de que determinados fatores inconscientes podem ter um papel preponderante na etiologia, manutenção e exacerbação da dor crônica. Engel<sup>4</sup>, um de seus principais precursores no campo da dor, considerou a possível existência de personalidades predisponentes à dor, uma vez que ela integra uma série de relacionamentos precoces atuantes no desenvolvimento da personalidade.

Estas terapias se dirigem, principalmente, à análise e elaboração de pensamentos e sentimentos que se manifestam dentro do contexto terapêutico. Seus pressupostos básicos não só incluem, mas dão primazia à realidade do mundo interno do indivíduo, 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 transferênciais<sup>8</sup>.

Suas abordagens permitem um alto grau de personalização o que as torna especialmente

indicadas para doentes que não responderam bem a outras intervenções psicológicas. Por outro lado, esta mesma tendência à personalização dificulta seu uso em pesquisas, sendo que, a variabilidade de sua duração assim como outras características de seus métodos desafiam sua operacionalização no contexto hospitalar.

As terapias comportamentais partem do pressuposto que todas as respostas comportamentais abertas são significativamente influenciadas por suas conseqüências e pelo contexto no qual são emitidas. Aplicadas à dor, fundamentam-se em teorias de aprendizagem que propõem serem os comportamentos de dor condicionados à presença ou ausência de reforços ambientais<sup>5</sup>. 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 alvo, que serão modificados através de métodos tais como o reforço, punição, extinção, modelagem, etc. Por isso, demandam para sua realização, um ambiente mais controlado, tal como o da internação hospitalar. São especialmente indicadas quando os comportamentos de dor são crônicos; ocorrem em função do ambiente, horários ou pessoas presentes; são reconhecidos por outras pessoas; são acompanhados de algum tipo de reforço; excedem o referencial físico; e quando o doente apresenta grande preocupação com a dor resultante de atividade física ou retorno ao trabalho<sup>21</sup>.

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 manifestações<sup>2</sup>. Suas principais metas incluem restabelecer nos doentes a crença na capacidade pessoal de lidar com diferentes problemas e o ensino de uma série de recursos instrumentais, que lhes permitirão realizar tal tarefa tanto no presente quanto no futuro. Para tal, vale-se de quatro componentes característicos destas intervenções: educação, aquisição de habilidades, ensaios de utilização destas habilidades, e por fim, sua generalização e manutenção<sup>2</sup>.

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). Considerada como 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 clínicos<sup>2</sup>.

### **As Abordagens Educativo-Terapêuticas**

Derivadas das terapias cognitivo-comportamentais, as abordagens educativo-terapêuticas são, de modo geral, realizadas em grupo e vêm representando 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 social<sup>13</sup>.

Realizadas em grupo, as intervenções psicológicas acrescentam um elemento de aprendizagem social e oferecem vantagens para o doente porque representam uma oportunidade de conviver com outros indivíduos em situação semelhante, além de uma possibilidade de criar referenciais grupais que atenuarão sentimentos de isolamento e alienação. Para o terapeuta, permitem atuar diretamente sobre comportamentos que ocorrem no contexto

social do grupo e compartilhar com o próprio grupo temas relativos à sua evolução clínica e à prevenção de dependência terapêutica. Por fim, 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 profissional<sup>6</sup>.

As abordagens educativo-terapêuticas mais conhecidas são as intervenções psicoeducativas e os programas multidisciplinares.

### **As Intervenções Psicoeducativas**

Coordenadas por psicólogos, as intervenções psicoeducativas são utilizadas de diferentes maneiras e nas mais diversas situações institucionais. De modo geral, partem de um conteúdo educacional explícito, sejam textos, palestras ou demonstrações que veiculam informações pertinentes à condição do doente ou promovem o treinamento de habilidades cognitivas e/ou comportamentais, tais como as técnicas de relaxamento, o treino 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 ao mesmo a aquisição e a utilização destes conhecimentos.

Bastante conhecida na América Latina e devido a sua adaptabilidade às mais diversas condições, a técnica de grupos operativos é uma das mais adequadas aos objetivos educativo-terapêuticos das intervenções psicoeducativas. Portnoi<sup>18</sup> estudou 23 mulheres com síndrome de fibromialgia, que foram divididas em dois grupos. O grupo de tratamento (n=12) preencheu baterias de questionários e participou de oito sessões de grupos operativos centrados no enfrentamento da condição dolorosa, e o grupo não tratado (n=11) apenas preencheu as baterias de questionários. No grupo de tratamento foram observadas, registradas e analisadas, entre outras, as estratégias de enfrentamento criadas pelas participantes e, em ambos os grupos foram avaliados a intensidade e características da dor, o estado

e traço de ansiedade, a depressão, as estratégias de enfrentamento da dor e o locus de controle da dor, no 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 num aumento significativo das sensações dolorosas e do estado de ansiedade. O grupo não tratado apenas alterou 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 se mostrou útil para aumentar os 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 sensório-discriminativos e afetivo-motivacionais da dor, de onde se originaram os principais recursos de enfrentamento, e observados qualitativamente nos componentes cognitivo-avaliativos da condição dolorosa.

### **Os Programas Multidisciplinares**

Nos programas multidisciplinares educativo-terapêuticos mais popularmente conhecidos como “Escolas”, as intervenções psicológicas fazem parte de uma abordagem mais ampla que reúne diversos recursos. Segundo Bennett<sup>1</sup>, estes tratamentos, essencialmente educacionais, também derivam da abordagem cognitivo-comportamental 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, diferentes profissionais veiculam informações, ensinam e treinam os doentes com dor crônica no uso de técnicas úteis no controle de sua condição, das

emoções associadas e na prevenção de possíveis impedimentos na execução de tarefas e no desempenho de funções cotidianas. A participação dos psicólogos nos programas multidisciplinares vai desde a colaboração na estruturação didática do programa, nas formas de apresentação de seus diferentes conteúdos, na avaliação de sua eficácia, etc. até sua inserção direta nas “aulas”, oferecendo informações, orientações e promovendo discussões voltadas para o enfrentamento das alterações afetivas e cognitivas relacionadas à dor, dos problemas familiares e ocupacionais, etc., além do ensino de diferentes técnicas psicológicas tais como o relaxamento, o biofeedback, a imaginação dirigida, a visualização, a hipnose, etc.

Em nosso meio, Divisão de Medicina Física e Reabilitação do Instituto de Ortopedia do HC-FMUSP criou as escolas de coluna, osteoporose, fibromialgia e LER/DORT. Uma descrição mais detalhada do programa da “Escola de Fibromialgia” pode ser encontrada em Portnoi, Marques & Kaziyama<sup>19</sup>, sendo de alguns dos resultados já contatados serão apresentados a seguir.

O efeito da “Escola de Fibromialgia” sobre a qualidade de vida foi estudado em 56 doentes que foram avaliados pelo “Fibromyalgia Impact Questionnaire” (FIQ) no início, no final, 2 e 4 meses depois do programa. 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 uma tendência a manter-se em longo prazo, o programa conseguiu promover em curto prazo, uma diminuição do impacto da doença sobre a vida dos participantes<sup>11</sup>.

Em outro estudo com 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% passaram a caminhar diariamente, 53,4% de 2 a 3 vezes por semana e apenas 14,1% não aderiram. A prática de exercícios de alongamento passou a ser adotada por 83,3% dos doentes, sendo

que destes, 34% passaram a realizá-la diariamente, 44% de 2 a 3 vezes por semana e apenas 22% não deram continuidade à prática<sup>9</sup>. No mesmo grupo de doentes investigou-se a adesão ao uso dos exercícios de relaxamento que passaram a ser praticados por 71,6% dos participantes sendo que destes, 41,8% passaram a praticá-los diariamente; 38,8% de 2 a 3 vezes por semana e os 19,4% restantes não aderiram à prática<sup>10</sup>.

### Os Psicólogos na Equipe Multidisciplinar

A atuação de psicólogos inseridos em equipes multidisciplinares pode otimizar o trabalho de outros profissionais. As avaliações psicológicas fornecem informações úteis para as decisões sobre os objetivos e planejamento das diversas terapias e para a prevenção de possíveis obstáculos, auxiliam a consecução das demais intervenções na medida em que detectam fatores capazes de influenciar a adesão e as respostas aos diferentes tratamentos. Ao longo do processo terapêutico os psicólogos são capazes de detectar alterações que demandem acompanhamento psicológico ou a preparação dos doentes para determinados procedimentos.

As diversas abordagens psicoterapêuticas poderão contribuir para o aumento da capacitação funcional do doente, promovendo um ajustamento ativo à realidade de sua condição, o que inclui sua participação ativa e, porque não, crítica, nas diferentes intervenções que se propõe a beneficiá-lo.

### Bibliografia

1. BENNETT, R. M. Multidisciplinary group programs to treat fibromyalgia patients. *Rheumatic Disease Clinic of North America*, v.22, n.2, p.351-67, 1996.
2. BRADLEY, L. Cognitive-behavioral therapy for chronic pain. In: GATCHEL, R. J. & TURK, D. C. *Psychological Approaches to Pain Management*. Guilford, New York, 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. *American Journal of Medicine*, 1959. Reprinted with permission in: GRZESIAK, R. C. & CICCONE, D. S. *Psychological Vulnerability to Chronic Pain*. Springer, New York, 1994. p.179-221
5. FORDYCE, W. E. *Behavioral Methods for Chronic Pain and Illness*. C. V. Mosby, Saint Louis, 1976.
6. GENTRY, W. D. & OWENS, D. Pain groups. In: HOLZMAN, A. D. & TURK, D. C. *Pain Management: a Handbook of Psychological Treatment Approaches*. Pergamon, New York, 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. (org.) *A Mulher e o Câncer*. Psy, Campinas, 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. *Psychological Approaches to Pain Management*. Guilford, New York, 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 Fisiátrica, v. 6, n. 3 – supl. esp., p. 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 Fisiátrica, v. 6, n. 3 – supl. esp., p. 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. *Journal of Musculoskeletal Pain*, v. 6, p.128. Supplement 2, 1998.

12. KEEFE, F. J., BRADLEY, L. A. & MAIN, C. J. Psychological assessment of the pain patient for the general Clinician. In: MAX, M.: Pain 1999, an Updated Review – Refresher Course Syllabus. International Association for the Study of Pain, IASP Press, p.219-230, 1999.
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. Guilford, New York, 1996. p. 131
14. LAZARUS, R. & FOLKMAN, S. Stress, Appraisal, and Coping. Springer, New York, 1984.
15. MELZACK, R. & WALL, P. D. Pain mechanisms: a new theory. Science, v.150, p.971-9, 1965; reprinted in Pain Forum, v.5, n.1, p.3-11, 1996.
16. MELZACK, R. & WALL, P. D. The Challenge of Pain. 2nd. ed., Penguin Books, London, 1991.
17. PORTNOI, A. G. Avaliação do Paciente com Dor: Limites e Alcances dos Testes e Escalas Psicossociais. In: Anais do III Simpósio Multidisciplinar de Afecções Músculo-Esqueléticas Relacionadas ao Trabalho (AMERT) e às Atividades Físicas, p.18-26, 2000.
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. Ed. Roca (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. Ed. Roca (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. Guilford, New York, 1996. p. 112-30.