

Paciente com dor crônica pelo olhar da psicologia em visita domiciliar: relato de experiência

Katiane da Silva Flores
Bruna Larissa Seibel

Resumo: Este artigo é um relato de experiência de duas visitas domiciliares realizadas pela estagiária de Psicologia vinculada ao Núcleo Comunitário do Serviço-Escola de Psicologia da Faculdade Cesuca Inedi, junto à Estratégia Saúde da Família Carlos Wilkens na cidade de Cachoeirinha, RS. O objetivo deste artigo é realizar uma integração teórico-prática, a partir do ponto de vista da estagiária nos atendimentos com uma paciente com dor crônica, mais especificamente, diagnosticada com Fibromialgia. Além disso, foi relacionado o estresse com a piora do quadro da doença. Sendo assim, percebeu-se que a visita domiciliar poderia ser uma ferramenta aliada para o tratamento da paciente em questão, devido a suas limitações causadas pela dor constante, prejudicando sua locomoção e autonomia para usufruir do atendimento psicológico oferecido pela rede pública.

Palavras-chave: Fibromialgia; Dor crônica; Psicologia Social Comunitária; Visita Domiciliar.

1 INTRODUÇÃO

O objetivo desse trabalho é compreender a experiência da visita domiciliar como aliada no tratamento da dor crônica, através do relato de experiência acadêmica. A paciente em questão foi diagnosticada com fibromialgia e atualmente tem pouca mobilidade, solicitando o atendimento psicológico em visita domiciliar. As visitas domiciliares são realizadas pelo Núcleo Comunitário do Serviço-Escola de Psicologia (SEP) da Faculdade Cesuca Inedi em parceria com a prefeitura de Cachoeirinha, Rio Grande do Sul. Os estagiários do Núcleo Comunitário do SEP atuam nas áreas da saúde, assistência social e educação.

O relato deste trabalho, aborda uma experiência vivida na área da saúde, na qual foram realizadas duas visitas domiciliares (VDs) em parceria com uma agente de saúde da Estratégia Saúde da Família (ESF) Carlos Wilkens. Através do relato, procurou-se analisar o discurso da paciente dentro da Psicologia Social Comunitária em conjunto com a abordagem Sistêmica, em uma

perspectiva teórico-prática, partindo do entendimento dos sintomas e causas da dor crônica, mais especificamente a fibromialgia.

1.1 Psicologia Social Comunitária, Abordagem Sistêmica e a Visita Domiciliar

A Psicologia Social Comunitária iniciou-se ao buscar alternativas metodológicas e teóricas para alcançar outra parte da população para se beneficiar dos serviços de Psicologia, tanto quanto as elites (Sarriera & Safocarda, 2014). Segundo Sarriera e Safocarda (2014), o psicólogo comunitário deve estar atento para atender a demanda daqueles que o solicitam, assumindo uma postura de inclusão e ampliação de sua rede de apoio. Porém, atender as demandas não significa dar conta de todas as necessidades, mas sim capacitá-los para a busca de recursos.

A Psicologia Social Comunitária trabalha as demandas relacionadas aos contextos comunitários a partir de uma inserção da Psicologia em contexto com embasamento teórico e técnico de orientação sistêmica. Para a abordagem sistêmica, todo e qualquer organismo é uma totalidade integrada e, portanto, um sistema vivo, com histórias compartilhadas que despertam no indivíduo a percepção de que existem outras formas de ver o mundo (Osório, 2009).

Sendo assim, significa que a questão social e comunitária de um indivíduo faz parte de seu sistema social, assim como sua família e seus colegas de trabalho. Dessa forma, enquanto estagiária inserida na comunidade, foi necessário exercitar esse olhar sobre todo o sistema, e não somente no indivíduo. Falando mais especificamente sobre famílias e pela ótica da abordagem sistêmica, é importante destacar que, mesmo que o indivíduo não seja ponto focal da intervenção, ele irá exercer grande influência na construção dos padrões de comportamento e enfrentamento de sua família (Minuchin, Colapinto & Minuchin, 1999).

A partir do entendimento da importância de olhar todo o sistema no qual o indivíduo está inserido, a visita domiciliar é uma ferramenta muito rica para que isso aconteça. A VD, na área da saúde, é entendida como o deslocamento do profissional até o domicílio do usuário, com as finalidades de atenção à saúde, aprendizagem ou investigação. Exige plena concordância do usuário e o estabelecimento de relação fundamentalmente alicerçada pela ética (Lopes, Saupe & Massaroli, 2008).

Além de uma importante estratégia para coletar dados, Lopes, Saupe e Massaroli (2008) ressaltam que a VD pode ser uma estratégia de cuidado, que mobiliza a participação da família e gera

avanço neste funcionamento. Além disso, é um espaço construtor de acesso às políticas públicas, através da relação que se estabelece entre os diferentes sujeitos do processo. Para atingir este objetivo, a VD é um instrumento fundamental para entender como um todo, os fatores que afetam a vida dos indivíduos, sendo aliada da abordagem sistêmica para compreensão do caso de forma integral. A visita domiciliar, entendida como método, técnica e instrumento, proporciona escuta qualificada, vínculo e acolhimento, o que favorece grupos familiares e comunidades a terem melhores condições de se tornarem mais independentes na sua própria produção de saúde. Importante ressaltar também que a visita, por ser uma técnica realizada *in loco*, permeia o lugar do cotidiano do usuário, do seu mundo vivido e enfrentado, de acordo com sua visão de mundo (Lopes, Saupe & Massaroli, 2008). Segundo Drulla, Cosvoski, Rubel e Mazza (2009), a VD possibilita promover uma visão mais rica e próxima da realidade da família, pois viabiliza o acesso à rotina, à cultura e aos valores que estruturam esse sistema complexo.

Atualmente, a visita domiciliar é utilizada pelos mais diversos profissionais, objetivando atender o indivíduo na sua integralidade. Daí decorre a importância de, nesta abordagem, trabalhar a interdisciplinaridade das profissões de forma fundamentada. O ponto principal dessa técnica é constituí-la e desenvolvê-la sobre bases éticas, humanas, mas também profissionais (Lopes, Saupe & Massaroli, 2008). A partir desse olhar, é importante compreender os sintomas clínicos apresentados pela paciente, visando entender o sofrimento psíquico externalizado.

1.2 Dor crônica: fibromialgia

Henriques, Caleffi, Schestatsky e Aguiar (2015) descrevem a dor como um dos principais sinais de alarme para proteção da vida e da integridade do organismo humano. Sua percepção leva ao indivíduo o conhecimento de que algo está ameaçando sua saúde, despertando a necessidade de se proteger. Porém, quando a situação básica se prolonga, a persistência da dor pode se tornar um problema, já que é capaz de desencadear um grau de sofrimento limitante, mudando o comportamento do indivíduo. A dor crônica (DC), com frequência, torna-se uma situação que exige uma abordagem terapêutica específica e complexa. É caracterizada como dor crônica, toda e qualquer dor que dure de um a seis meses (Henriques, Caleffi, Schestatsky, & Aguiar, 2015).

A fibromialgia é uma doença que acomete principalmente mulheres (75 a 95%), sendo a faixa etária mais comum de aparecimento da doença é entre 40 e 55 anos. De acordo com o critério proposto

pelo Colégio Americano de Reumatologia, a fibromialgia caracteriza-se por dor muscular intensa em diversas regiões do corpo, por no mínimo três meses de duração, associada à maior sensibilidade a dor em pelo menos 11 dos 18 pontos dolorosos específicos, os denominados *tender points*. Outros sintomas como fadiga, estresse e distúrbio do sono também são levados em consideração (Heymann *et al*, 2010).

A origem da fibromialgia ainda é desconhecida, o que dificulta determinar ao certo o que é sintoma e o que é fator desencadeante da doença. A principal característica da doença é a dor, que influencia fisicamente e psicologicamente. As consequências geradas pela dor são inúmeras, inclusive do ponto de vista social. Em pacientes com fibromialgia, a dor e a limitação para realizar atividades físicas podem afetar a capacidade para trabalhar e executar atividades cotidianas (Ferreira *et al*, 2002).

Ferreira *et al* (2002) sugerem que ansiedade, tensão, depressão, alteração do padrão de sono, fatores climáticos, trabalho excessivo e determinadas atividades físicas alteram o ciclo de dor. Ferreira *et al* (2002), também, salientam que a fibromialgia pode ser considerada como uma condição psicossomática, na qual crenças distorcidas associadas ao estresse, distúrbio do sono e outros eventos modulam a dor em termos de sistema nervoso central e medula espinhal.

O estresse é considerado um possível fator agravante e/ou desencadeante da fibromialgia. Segundo Camelo e Angeram (2004), o termo estresse é usado muitas vezes como sinônimo de cansaço ou sobrecarga, sendo associado a um acontecimento desagradável ou a um fato isolado que ocorre na vida de uma pessoa. Estresse é um processo psicofisiológico desencadeado pelo contato com o agente estressor, é uma reação fisiológica do organismo buscando a homeostase (Camelo & Angeram, 2004). Segundo Moura, o estresse pode afetar o coração (maiores chances de infarto), cérebro (maiores chances de AVC e aneurisma), aparelho gástrico (maiores chances de gastites e úlceras), e músculos (tensões).

Na visão psicológica existe a forma em que o indivíduo interpreta e a forma em que julga uma situação externa, assim, avalia seus recursos para lidar com isso. Seu julgamento é baseado nas suas vivências, ideias e conceitos, sendo assim, os contextos sociais e psicológicos influenciam na interpretação dos eventos (Heymann *et al*, 2010). Reis e Rabelo (2010), ressaltam a possibilidade de variáveis psicológicas iniciarem o desenvolvimento de sintomas físicos. Outra possibilidade viável seria considerar a dor como um fator gerador de estresse, um agente estressor. Aparentemente a melhor compreensão da dor e do estresse da paciente pode contribuir na elaboração de tratamentos mais eficientes.

No estudo realizado por Heymann *et al* (2010), pacientes com fibromialgia apresentaram maior nível de estresse do que o grupo controle. Apesar disso, não significa que esta seja a causa da fibromialgia, mas que se trata de um fator importante a ser considerado na compreensão da doença e na formulação do tratamento. A quantidade de eventos estressores não influenciaria as consequências para os pacientes com fibromialgia, mas sim a forma com que lidam com essas situações. Dessa maneira, deve-se investir em um tratamento que valorize a relação do paciente com o estresse e com os aspectos do tratamento, como a utilização de medicação, a realização de exercícios em casa e acompanhamento psicológico (Heymann *et al*, 2010).

Frequentemente a fibromialgia está associada à depressão, responsável por uma queda ainda maior na qualidade de vida do paciente. As características da depressão, como fadiga, sentimento de culpa, baixa autoestima e vitimização, provocam a exacerbação dos sintomas e prejudicam as estratégias de enfrentamento do paciente diante da doença (Berber, Kupek, & Berber, 2005). Levando em consideração estes sintomas e os episódios de estresses relacionados ao agravamento do quadro de dor, iniciou-se o acompanhamento da paciente Maria.

2 METODOLOGIA

Este artigo apresenta um relato de experiência de duas visitas domiciliares realizadas pela estagiária do Núcleo Comunitário Serviço-Escola de Psicologia (SEP) da Faculdade Cesuca Inedi, em parceria com a Estratégia e Saúde da Família (ESF) Carlos Wilkens. O caso foi encaminhado por uma agente de saúde da ESF Carlos Wilkens, que identificou sofrimento psíquico nas visitas feitas a esta paciente e solicitou atendimento psicológico. Levando em consideração o sigilo da paciente e familiares, serão usados nomes fictícios para preservar suas identidades.

A primeira visita foi realizada no dia 10 de maio de 2019, tendo sido agendada previamente com a paciente por intermédio da agente comunitária. Nesse primeiro encontro, a agente apresentou a estagiária para a paciente e, foram coletados alguns dados gerais. Além disso, a estagiária realizou breve apresentação sobre o serviço oferecido, explicou o Termo de Consentimento Livre Esclarecido e o Contrato de Serviço. A segunda visita ocorreu no dia 22 de maio de 2019, dando continuidade à conversa iniciada e aprofundando os fatos relatados no primeiro encontro.

3 RELATO DE EXPERIÊNCIA

A paciente Maria tem 62 anos, atualmente é dona de casa, trabalhou muitos anos com vendas de produtos em catálogo, quando mais nova trabalhou em uma “pedreira” (sic) auxiliando o primeiro marido a carregar caminhões. Reside em Cachoeirinha, em seu terreno existe uma casa em um andar superior, onde ela mora, e uma casa no andar inferior, onde seu filho mais velho mora com a companheira atual. Maria é mãe de dois filhos, Vinicius (35 anos) que mora no mesmo terreno, e Wagner (32 anos) que mora em uma cidade vizinha junto ao neto Ryan (2 anos). Além de Ryan, Maria tem outro neto, Tiago (11 anos) que é filho de Vinicius, porém a família não tem contato há muitos anos pois mora em outro estado. Maria foi diagnosticada com Fibromialgia há cerca de seis anos. Próximo ao mesmo período, realizou uma cirurgia na coluna devido a algumas lesões causadas ao longo dos anos, possivelmente pelo longo período de trabalho com serviço braçal.

Iniciou a conversa falando sobre o filho mais velho, Vinicius, que mora no mesmo terreno. Relatou que ele cumpriu pena em regime fechado por 4 meses devido ao seu envolvimento com o tráfico de drogas. Atualmente está em regime semiaberto, fazendo uso de tornozeleira eletrônica. Descreveu o filho como “fanático por futebol” (sic), fazendo uso de drogas quando frequenta esses jogos. Maria e Vinicius não têm um bom relacionamento, mesmo morando próximos. Disse que o filho só a procura “por interesse” (sic).

Wagner, o filho mais novo, reside em uma cidade próxima, é motorista de aplicativo, e por ter horários flexíveis, consegue auxiliar a mãe com idas a médicos e exames. Apesar da distância em que mora, é mais participativo no cotidiano da mãe. Uma vez por semana, busca Maria para passar o dia em sua casa com a esposa e o neto, e costuma recebê-la com almoço. Relata que se considera “um peso” (sic) na vida do filho, e supõe que a nora não gosta desse compromisso todas as semanas.

Maria relatou não ter motivação para realizar as tarefas cotidianas por conta da dor constante. Disse que a preocupação com o filho mais velho consome muito sua energia. Tem medo de que o filho volte para o presídio devido as suas atitudes conturbadas e aos seus relacionamentos pessoais. A paciente passa maior parte do tempo deitada, assistindo televisão, dando espaço a pensamentos negativos com frequência. Maria disse se sentir muito sozinha, e que não conta para o filho Wagner sobre as situações que vivencia com o filho Vinicius na maioria das vezes, para não causar conflito entre os filhos.

Na segunda visita, a paciente estava muito debilitada e com dor. O atendimento iniciou com Maria relatando que havia vivenciado episódios de grande estresse nos últimos dias. Disse para a

estagiária, que escutou uma discussão do filho Vinicius com a companheira e precisou intervir durante a madrugada. Contou que episódios de agressão física entre Vinicius e a nora já ocorreram outras vezes. Também trouxe que durante as madrugadas os dois fazem uso de drogas e bebidas alcoólicas, e que tem uma grande preocupação do filho voltar para o presídio devido a suas atitudes “erradas” (sic). Durante a conversa, Maria relatou que paga muitas dívidas do filho Vinicius para que ele não tenha envolvimento em conflitos, assim, se sente mais tranquila com a segurança do filho.

Nesse encontro, também conversou sobre seus relacionamentos. Maria se mostrou incomodada em falar sobre o assunto, evitando algumas perguntas. Apesar disso, trouxe que o primeiro marido era dependente de jogos e sumiu quando soube da gravidez do filho Vinicius. O segundo filho nasceu de um relacionamento breve, o parceiro pediu que a gravidez fosse interrompida, porém ela não cogitou interromper a gestação. Maria disse estar com a memória prejudicada, estar sem motivação, e sem apetite. Acredita que a quantidade de medicação que ingere influencia nisso. Por fim, conversou sobre atividades de lazer. Maria considera como atividades de lazer as idas semanais na igreja e na casa do filho Vagner. Por fim, combinou com a estagiária que os atendimentos seriam quinzenais, porém não marcaram uma próxima data devido a compromissos médicos da paciente.

4 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Considerando as especificidades do caso de Maria, é fundamental compreender como a fibromialgia afeta fisicamente e psicologicamente a vida da paciente. As consequências do ponto de vista social também são notáveis, uma vez que, a dor afetou consideravelmente a capacidade de trabalhar e executar as atividades de sua rotina.

Segundo Ferreira *et al* (2002), estresse, ansiedade, tensão, depressão, alteração do padrão de sono, fatores climáticos, trabalho excessivo e determinadas atividades físicas alteram o ciclo de dor. Alguns destes fatores são evidentes nos fatos relatados por Maria, tais como estresse e tensão relacionados aos episódios com o filho mais velho, Vinicius. O estresse é considerado um possível fator agravante das dores causadas pela fibromialgia, fator muito relevante na vida da paciente Maria.

Reis e Rabelo (2010), ressaltam a possibilidade de variáveis psicológicas iniciarem o desenvolvimento de sintomas físicos. Ou seja, os agentes estressores afetam diretamente no nível da dor, como ficou evidente no segundo encontro com Maria. Naquela semana a paciente havia passado

por grande estresse com as discussões e agressões do filho com a nora, e no encontro com a estagiária estava muito debilitada. A dor também desencadeia estresse, assim, torna-se um ciclo.

A quantidade de eventos estressores não influencia nas consequências para os pacientes com fibromialgia, mas sim a forma com que lidam com essas situações (Heymann *et al*, 2010). Dessa forma, durante os atendimentos foi essencial trabalhar a relação da paciente com os agentes estressores, pensando em possibilidades e ferramentas para lidar com isso. Vale ressaltar que a paciente faz uso das medicações adequadas para auxiliar com o processo. Além do acompanhamento psicológico e médico, o ideal seria também um acompanhamento de um fisioterapeuta, auxiliando na mobilidade.

4.1 Tratamento e vínculo terapêutico

Knoplich (2001) destaca que o tratamento da fibromialgia deve ser feito com o enfoque sociopsicossomático, por parte dos especialistas que tratam esses pacientes. O tratamento inclui o uso de medicamentos analgésicos, antirreumáticos, tranquilizantes e antidepressivos. Também fazem parte do tratamento a fisioterapia, técnicas de relaxamento, a prática de exercícios físicos e psicoterapia.

Ter estabelecido um forte vínculo com a paciente foi fundamental para acessar os conteúdos trazidos nas visitas feitas. O processo da criação do vínculo é desafiador quando se trata da visita domiciliar, porém, o fato da paciente ter procurado o serviço já contribuiu para que o vínculo se estabelecesse. Entrar na casa do indivíduo para que o atendimento aconteça parece invasivo em um primeiro momento, mas no caso da paciente Maria, fez com que ela ficasse mais à vontade. Crê-se que em uma experiência com *setting* terapêutico mais estruturado, como comumente é estabelecido no ambiente clínico, a paciente em questão não faria o mesmo proveito. Na visão do profissional em que atende em VD, é necessário adaptar-se ao ambiente em que atende, para favorecer o paciente. Por exemplo, com a paciente Maria, durante os atendimentos foi necessário sentar em uma “cadeira de praia” próxima a cama da paciente, já que a mesma precisava ficar deitada devido a dor constante. O acesso à sua casa também foi difícil, devido a uma escadaria improvisada. Apesar disso, não foram medidos esforços para que os atendimentos acontecessem, com a maior qualidade e comprometimento possível, ficando evidente para a paciente o interesse profissional e contribuindo para a criação do vínculo.

Segundo Henriques, Caleffi, Schestatsky e Aguiar (2015), os pacientes com dor crônica necessitam da criação do vínculo terapêutico para que saibam que eles e suas dores, são levadas a sério, sem o temor de se tornarem “psicologicamente rotulados”, assim, tornam-se preparados para colaborar em seu autoconhecimento e progresso. No final dos atendimentos, a paciente Maria solicitou um abraço de despedida, agradecendo a visita e, por vezes, pedindo “mais cinco minutos de conversa” (sic). Com isso, percebe-se que uma aliança terapêutica estável e uma relação de confiança precisam ser mencionadas como os fatores principais do tratamento.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os atendimentos feitos pelo Núcleo Comunitário do SEP à comunidade e o processo terapêutico da Visita domiciliar, parece beneficiar todos os envolvidos, isto é, os pacientes, a equipe de saúde, e os estudantes de psicologia. Visto que, é um campo da psicologia que atualmente não tem um grande alcance, agregando muito à prática profissional do psicólogo em formação.

Com esta vivência de VD, pode-se perceber resultados positivos a paciente atendida e vasta experiência à estagiária. Foi um processo de reflexão, com o objetivo de capacitar a paciente a entender os processos do agravamento da sua dor e lidar com isso sem um maior sofrimento psíquico. Foi perceptível também, que os agentes estressores têm uma forte influência nos níveis de dor da paciente com fibromialgia.

Enquanto experiência da estagiária, os desafios de compreender um outro fazer psicológico foi enriquecedor. Foi possível intervir enquanto uma profissional, porém ainda no processo de formação, dando espaço para explorar a teoria no contexto prático. Pensando no método utilizado, ficou evidente que é um processo muito eficaz e que quando realizado em conjunto com toda a comunidade, é uma ferramenta para a promoção de saúde mental e física. A presença do psicólogo no contexto comunitário é de extrema importância para que seja criada a cultura e compreensão do atendimento psicológico e o fazer Social Comunitário.

REFERÊNCIAS

- Berber, J. D. S. S., Kupek, E., Berber, S. C. (2005). Prevalência de depressão e sua relação com a qualidade de vida em pacientes com síndrome da fibromialgia. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 45(2), 47-54.
- Camelo, S. H. H., Angeram, E. L. S. (2004). Sintomas de estresse nos trabalhadores atuantes em cinco núcleos de saúde da família. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 12(1), 14-21.
- Drulla, A. da G., Cosvoski Alexandre, A. M., Rubel, F. I., & Mazza, V. de Azevedo (2009). A visita domiciliar como ferramenta ao cuidado familiar. *Cogitare Enfermagem*, 14(4), 667-674.
- Ferreira, E. A. G., Marques, A. P., Matsutani, L. A., Vasconcellos, E. G., & Mendonça, L. D. (2002). Avaliação da dor e estresse em pacientes com fibromialgia. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 42(2), 104-10.
- Henriques, A.A., Caleffi, L., Schestatsky, P. & Aguiar, R.W. (2015). Abordagem Psicodinâmica do Paciente com Dor Crônica. In Eizirik, C. L., de Aguiar, R. W., & Schestatsky, S. S. (Org.). *Psicoterapia de Orientação Analítica: fundamentos teóricos e clínicos* (pp. 62- 76). Porto Alegre: Artmed.
- Heymann, R. E., Paiva, E. D. S., Helfenstein Junior, M., Pollak, D. F., Martinez, J. E., Provenza, J. R., ... & Lage, L. V. (2010). Consenso brasileiro do tratamento da fibromialgia. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 50(1),56-66.
- Knoplich, J. (2001). *Fibromialgia, dor e fadiga*. São Paulo: Roub.
- Lopes, W. O., Saupe, R., & Massaroli, A. (2008). Visita domiciliar: tecnologia para o cuidado, o ensino e a pesquisa. *Ciência, cuidado e saúde*, 7(2), 241-247.
- Minuchin, P., Colapinto, J, & Minuchin, S. (1999). *Trabalhando com famílias pobres* (pp. 19-37). Porto Alegre, Brasil: Artmed.
- Moura, P. (2016), *Não é só o cérebro: veja como o estresse afeta o corpo humano*. UOL. Recuperado em 1 de setembro de 2019 <<https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2016/08/08/o-que-o-estresse-cause-no-corpo.htm>>
- Osorio, C.L & Valle, M. E.P (2009). *Manual da Terapia Familiar*, Porto Alegre, RS: Artmed
- Reis, M. D. J. D. D., & Rabelo, L. Z. (2010). Fibromialgia e estresse: explorando relações. *Temas em Psicologia*, 18(2), 399-414.
- Sarriera, J.C & Saforcada E. T. (2014) *Introdução à Psicologia Comunitária: Bases teóricas e metodológicas*. Porto Alegre: Sulina.