MARLI RODRIGUES LUNEZO GUIMARÃES DE OLIVEIRA

ALEXITIMIA NA ALGIA PÉLVICA CRÔNICA

CAMPINAS

2001

MARLI RODRIGUES LUNEZO GUIMARÃES DE OLIVEIRA

ALEXITIMIA NA ALGIA PÉLVICA CRÔNICA

Tese de Doutorado apresentada à Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para a obtenção do título de Doutor em Ciências Médicas, área de Saúde Mental.

ORIENTADORA: *DRA MARIA ADÉLIA JORGE MACFADDEN*

CAMPINAS

2001

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP**

OL4a

Oliveira, Marli Rodrigues Lunezo Guimarães de
Alexitimia na algia pélvica crônica. / Marli Rodrigues Lunezo Guimarães de Oliveira. Campinas, SP : [s.n.], 2002

Orientador : Maria Adélia Jorge Macfadden
Tese (Doutorado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.

1. Emoções. 2. Medicina psicossomática. 3. Dor pélvica. I. Maria Adélia Jorge Macfadden . II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Banca examinadora da tese de Doutorado

Orientador: Profa. Dra. Maria Adélia J. Macfaden

Membros:

1. Profa. Dra. Vera Lucia A. R. do Amaral
2. Profa. Dra. Marilda Emmanuel N. Lipp
3. Prof. Dr. Joel Sales Giglio
4. Prof. Dr. Carlos Alberto Petta
5. Profa. Dra. Maria Adélia J. M. Fadden

Curso de pós-graduação em Ciências Médicas, área de concentração em Ciências Médicas, área Saúde Mental da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data: 19/02/2002

DEDICATÓRIA

Á memória viva de meu pai e à minha mãe,

por terem me ensinado a amar.

À Dra. Maria Adélia Jorge MacFadden, orientadora desta pesquisa, por ter me indicado um caminho de conhecimento valioso para minha construção pessoal e profissional.

À psicóloga Maria José Navarro Vieira, do Setor de Psicologia do Ambulatório de Tocoginecologia do Centro de Assistência Integral à Saúde da Mulher (CAISM), companheira de uma longa jornada para a coleta de dados deste estudo.

À psicóloga Maria Silvia Setúbal, responsável pelo Serviço de Psicologia do CAISM.

À Andrea de Andrade Marques, Supervisora da Seção de Fisioterapia do CAISM, pela colaboração na coleta de dados.

À Cleide Moreira da Silva, funcionária da Comissão de Pesquisa Estatística da Faculdade de Ciências Médicas – Unicamp, pela ajuda na análise de resultados.

Ao Dr Aníbal Faúndes, presidente da Comissão de Pesquisa do Departamento de Tocoginecologia/CAISM, pelas importantes sugestões quanto ao refinamento metodológico e aspectos éticos desta pesquisa.

Ao Dr. Carlos Alberto Peta e à enfermeira Celi Aparecida Thiago Maia, responsáveis pelo Ambulatório de Tocoginecologia do CAISM.

Às funcionarias da recepção e atendimento do Ambulatório de Tocoginecologia do CAISM, pelo apoio constante.

À Dra. Regina Maria Vicentini, pelo incentivo a este trabalho.

"Muitas das emoções mais intensas surgem durante a formação, manutenção, rompimento e renovação de relações de ligação. A manutenção inalterada de um vínculo afetivo é sentida como fonte de segurança e a renovação de um vínculo, como fonte de júbilo. Como tais emoções são usualmente um reflexo do estado dos vínculos afetivos de uma pessoa, conclui-se que a psicologia e a psicopatologia da emoção é, em grande parte, a psicologia e a psicopatologia dos vínculos afetivos."

John Bowlby, 1982.

PÁG.

RESUMO..... *xix*

INTRODUÇÃO..... 23

O conceito de alexitimia..... 36

O conceito de dor..... 42

Fatores biológicos e psicológicos da dor pélvica crônica..... 45

JUSTIFICATIVA..... 49

OBJETIVOS..... 53

HIPÓTESES..... 57

MÉTODO..... 61

Sujeitos..... 64

Instrumentos..... 65

Toronto Alexithymia Scale – TAS-20 (AnexoII)..... 65

Entrevista clínica (Anexo III)..... 66

Variáveis..... 67

Procedimento..... 67

Coleta de dados..... 67

Critérios para descontinuação..... 68

Aspectos éticos..... 68

ANÁLISE DOS DADOS..... 69

RESULTADOS..... 73

DISCUSSÃO..... 85

CONCLUSÃO..... 99

SUMMARY..... 103

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... 107

ANEXOS..... 119

Anexo I - (Termo de consentimento)..... 121

Anexo II -Toronto Alexitymia Scale (TAS-20)..... 123

Anexo III - Entrevista clínica..... 125

Anexo IV - Resultados da análise de covariância dos 3 fatores – TAS-20..... 127

Anexo V - Dados do grupo portador de dor pélvica crônica..... 131

Anexo VI - Dados do grupo não portador..... 135

PÁG.

Tabela I: Número e porcentagem conforme a idade..... 75

Tabela II: Número e porcentagem conforme a escolaridade..... 75

Tabela III: Número e porcentagem quanto à união conjugal..... 76

Tabela IV: Número e porcentagem quanto ao número de filhos..... 76

Tabela V: Número e porcentagem quanto à renda familiar..... 76

Tabela VI: Número e porcentagem quanto à religião..... 77

Tabela VII: Número e porcentagem quanto à ocupação..... 77

Tabela VIII: Medidas de posição e dispersão das variáveis em cada grupo 78

Tabela IX: Resultado da Análise de Covariância para verificar diferenças entre os grupos, quanto à união conjugal e trabalho, para o total de pontos no TAS-20..... 79

Tabela X: Médias do total de pontos no TAS-20, ajustadas para a covariável união conjugal..... 80

Tabela XI: Médias de pontos, por fator, em cada grupo..... 80

RESUMO

Alexitimia, termo criado por Sifneos em 1973, refere-se a um conceito clínico-descritivo importante para a compreensão dos processos de somatização decorrentes de dificuldades afetivo-emocionais. A relação entre a qualidade da expressão emocional e algia pélvica crônica tem sido pouco estudada, sendo este o objetivo desta pesquisa que teve um enfoque quantitativo – para o total de sujeitos e uma abordagem qualitativa para uma amostra aleatória de 8 sujeitos de cada grupo. Para a abordagem quantitativa, dois grupos de mulheres, cada um com 80 sujeitos, um grupo portador de algia pélvica crônica, e o outro não portador, foram investigadas quanto à presença de alexitimia, utilizando-se o instrumento Toronto Alexitimia Scale (TAS-20). Para a abordagem qualitativa, 8 mulheres de cada grupo, escolhidas aleatoriamente, responderam a uma entrevista clínica semi-estruturada para investigação de dados psicossociais. Os resultados mostraram que as mulheres do grupo de dor pélvica crônica tinham menor escolaridade, menor renda e maior número de filhos. O índice no TAS-20 deste grupo foi maior, especialmente no subgrupo de mulheres com dor e que tinham união conjugal. Foi confirmada a relação entre dor e maior índice para alexitimia. A análise qualitativa evidenciou diferenças na qualidade de vida entre os grupos, relativas às dificuldade de aprendizagem e aos planos para o futuro. O grupo com dor apresentou, com maior freqüência dificuldades para aprender a ler e escrever e expectativas mais concretas, objetivas e coletivas. O grupo não portador relatou expectativas mais abstratas, individuais e subjetivas. Este estudo confirmou pesquisas anteriores que encontraram associação entre alexitimia e dor crônica, baixa escolaridade e baixa renda.

INTRODUÇÃO

Os conceitos de dor e alexitimia, abordados por este estudo, são considerados na literatura científica manifestações subjetivas que ocorrem entre a psique e o soma. Como tal, pertencem ao campo da psicossomática e foram aqui enfocados sob este ponto de vista.

A psicossomática vem se desenvolvendo como uma área de pesquisa e assistência clínica, paralelamente integrada à medicina. Sua concepção sempre enfatizou o estudo das relações mente-corpo e a importância dos componentes emocionais das doenças orgânicas, tendo partido inicialmente de uma posição unidirecional (psique-soma), para outra que se propõe a compreender os complexos fenômenos envolvidos no adoecer. (Mello Filho, 1994).

Ao longo da história da psicossomática destacaram-se algumas correntes teóricas que muito colaboraram para a compreensão dos processos de somatização.

A psicanálise, conforme Volich (2000), muito contribuiu com suas noções de contigüidade entre vida física e mental e seus conceitos de ansiedade, conflito e defesa. Wilhelm Reich (1940), com suas concepções sobre o paralelismo entre psíquico e somático e sobre a noção da unidade funcional que governa o psique-soma, também nos ofereceu uma importante contribuição. A teoria da especificidade psicodinâmica do funcionamento neurovegetativo, de Franz Alexander (1977), foi também outra vertente que procurou explicações para a emergência da doença. Segundo ele, a manifestação da doença é o resultado de uma combinação entre vulnerabilidade do sistema somático, as características psicodinâmicas do doente e as contingências do meio externo que geram conflitos internos, específicos daquele individuo. Sua grande contribuição foi defender a*..."individuação do processo terapêutico do paciente"*, conforme Volich (2000, p. 89).

A psicofisiologia, com seu método experimental, abriu caminho para a compreensão das interações entre estados mentais e processos fisiológicos. Nesta linha teórica, destacaram-se, segundo Volich (2000), as proposições de Weiss e English (1943) que consideraram que as reações psicossomáticas seriam um *"resíduo filogenético"* das respostas do individuo frente a situações de perigo. p. 91. Ressaltam-se ainda nesta linha as pesquisas de McLean (1949) que observou pacientes que apresentavam uma dificuldade em verbalizar suas emoções e procurou uma explicação fisiológica para tal reação, criando o

conceito de *"cérebro triuno"* e de *"cérebro visceral"*. Tais pacientes, impossibilitados de elaborarem suas emoções por meio da expressão simbólica, responderiam por vias autonômicas, numa espécie de *"linguagem de órgão"*. Volich (2000, p. 92). Os trabalhos de Selye (1949) foram investigações importantes que confirmaram experimentalmente as relações entre estados emocionais e reações neurofisiológicas. Ele criou o conceito de stress como um estado de tensão resultante de sentimentos de ameaça, real ou imaginaria, que desencadearia a síndrome geral de adaptação do organismo. A doença psicossomática resultaria tanto da dificuldade do individuo em se defender, quanto da permanência do fator estressor por longa data. Wolff (1950), cujas investigações partiram da noção de que eventos estressantes provocavam reações corporais fisiológicas, concluiu que contingências de vida difíceis de serem enfrentadas provocariam maior propensão ao adoecimento. (Volich, 2000).

Numa nova perspectiva, surgiu a psicoimunologia, cujos trabalhos comprovaram que o sistema imunológico é influenciado pelo sistema nervoso central e endócrino. Intensificaram-se, principalmente a partir da década de 50, os estudos que relacionavam depressão e funções imunológicas (Rosenblat, 1968; Bartrop, 1977; Locke, 1989), assim como as pesquisas epidemiológicas que reforçaram a hipótese de que componentes psicológicos poderiam influenciar na gênese de doenças como o câncer. (Volich, 2000).

O corpo conceitual da psicossomática, tanto na prática clínica quanto no campo teórico, tem sido enriquecido em sua proposta de compreender os complexos mecanismos psíquicos envolvidos na etiologia das doenças e na dimensão subjetiva do adoecer. É um campo que busca investigar as relações entre manifestações somáticas e dificuldades psíquicas.

Foi partindo destas considerações que este estudo se iniciou, especialmente voltado para a investigação da expressão afetiva e emocional, integrantes do processo de enfrentamento da dor crônica. O estudo da capacidade para lidar com o afeto e a emoção tem sido uma das modernas vertentes de pesquisas que procuram compreender os complexos fatores multidimensionais envolvidos nas doenças crônicas.

Nesta linha, ressaltam-se os trabalhos de McDougall (1991) que enfatizou que o afeto, como ponte entre o psíquico e o somático, oferece os instrumentos para o desenvolvimento de representações mentais que constituem a base da capacidade de identificação e de expressão emocional, facilitando a construção da unidade psicossomática. Quando, em vez de uma unidade, há uma dissociação entre psique e soma, o indivíduo não possui representação mental para certas partes do corpo ou para seus órgãos dos sentidos. Quando a dificuldade afetiva não encontra espaço psíquico propício à sua elaboração, ela penetra pela via corporal. Como conseqüência da falha na capacidade de lidar, no campo psíquico, com suas angústias, o paciente somatizante grave segue uma via biológica de reação. São pacientes que muitas vezes não se beneficiam com tratamento psicológico de orientação psicanalítica clássica, justamente pela dificuldade de expressão e comunicação de afetos e pelo estilo distante de relacionamento interpessoal. Para ela, esta dissociação entre psique e soma interfere no reconhecimento do corpo e do corpo que adoece, influenciando, portanto, no estabelecimento da unidade psicossomática. Na personalidade psicossomática, o aparente distanciamento, a relação '*deslibidinizada'* e a pobreza de expressão e comunicação afetiva seriam mecanismos de defesa massiva contra a dor mental. Mas trata-se de uma defesa perigosa, estéril e vazia. Segundo esta autora, ...*"na ausência de fenômenos neuróticos, psicóticos ou de 'actings' sintomáticos que preencham os vazios psíquicos,* o *corpo irá agir"*. Esta reação corporal teria fins defensivos com o objetivo de adaptar as respostas do soma à dor psíquica – *"o soma reage ás ameaças psíquicas como se fossem biológicas".*(p. 167).

Conforme McDougall (1991), as dificuldade afetivas seriam decorrentes tanto de uma disfunção cognitiva (raciocínio operatório), quanto de uma incapacidade afetiva (alexitimia).

- O raciocínio operatório, termo criado por Marty e M'Uzan (1963), refere-se tanto a um estilo de pensamento concreto, objetivo, externamente orientado, quanto a uma maneira de relacionar-se, caracterizada por ausência de reações afetivas face a perdas ou traumas. O individuo operatório vive numa espécie de *"superadaptação",* sufocando seu afeto em momentos em que se espera uma reação emocional intensa. (McDougall, 1991, p. 159).

- A alexitimia, conceito criado por Sifneos (1973), significa uma dificuldade do sujeito em nomear seus estados afetivos ou em descrever sua vida emocional. Esta dificuldade estaria relacionada a uma falha a nível simbólico e desencadearia ...*"uma certa incapacidade de pensar a respeito de si próprio e da relação eu-mundo* ". (McDougall, 1991, p.160). Para ela,

  ...*"os setores operatórios e desafetados da organização psíquica são barreiras criadas para enfrentar um perigo irrepresentável e indizível; trata-se de uma tentativa primitiva de auto-regulação do conflito, por meio do qual o individuo procura proteger a si mesmo do terreno do outro"*. (p. 168).

O fenômeno da alexitimia pode ter suas raízes durante o processo de desenvolvimento infantil, resultante de falhas na aquisição da nominação de estados afetivos. A construção da unidade psicossomática depende das inter-relações mãe-bebê. O vínculo afetivo com a mãe, primeiro passo na constituição da imagem corporal, e a habilidade desta em nomear à criança os sinais que seu corpo emite, são os fundamentos da organização psicossomática. É no interior da relação mãe-criança que o indivíduo torna-se apto a perceber, de forma consciente, os acontecimentos físicos e emocionais que vive e a ter acesso à simbolização facilitada pela linguagem. Para McDougall (1991), quando há falhas na transmissão e nomeação dos afetos, a estrutura psíquica pode desorganizar-se para o campo da neurose, da psicose ou da somatização. Quando o individuo não é neurótico, nem psicótico, mas *"desinvestido"* ou *"desafetado",* os representantes psíquicos do soma são recusados. Neste caso, a psique recusa todo conhecimento a respeito de qualquer reação corporal, através de um complexo processo que envolve mecanismos de esquivar-se, negar ou destruir a percepção das sensações corporais, desarticulando a unidade psicossomática. (p. 160).

Foi ao tratar pacientes com tais características que, na década de 90, Taylor (1991) e um grupo de pesquisadores da Universidade de Toronto, observaram que eles apresentavam características que os diferenciavam dos pacientes psiconeuróticos. Eram pacientes com dificuldades cognitivas, distantes, não empáticos, preocupados com questões externas, concretas e não melhoravam com tratamento psicanalítico tradicional. Tinham dificuldade para verbalizar conteúdos afetivos ou emocionais. Eram, enfim, alexitímicos.

Taylor retomou então o conceito de alexitimia, passando a considerá-lo como uma nova forma de compreender tais pacientes e como um novo paradigma para a medicina psicossomática.

Alexitimia é um conceito que se refere a um déficit cognitivo-afetivo relacionado à expressão de emoções, que pode levar à propensão a somatizar. É um conceito clínico-descritivo cujo significado abrange uma dificuldade na expressão afetiva-emocional e um estilo cognitivo prático-concreto, caracterizado por pensamento externamente orientado, pobreza de sonhos e fantasias. Como a ocorrência de tais dificuldades parece estar relacionada, segundo algumas teorias (Bowlby, 1982; McDougall, 1996), à qualidade do desenvolvimento afetivo na infância, valem aqui algumas considerações sobre as teorias de desenvolvimento que procuraram explicar a gênese da afetividade.

O estudo da atividade emocional humana é complexo porque envolve fatores biológicos, psicológicos, sociais e culturais, passados e presentes. No decorrer do longo processo de desenvolvimento psicológico, estes fatores estão interligados, são interdependentes e coexistem, a partir de um estado inicial somático que, progressivamente, vai se diferenciando e transformando o indivíduo num ser único, capaz de funções mentais superiores e de reflexão.

O desenvolvimento emocional se origina, segundo Wallon (apud La Taille, 1992), da vida orgânica. Durante o seu primeiro ano de vida, o bebê revela a maioria de suas necessidades pelo choro, que contagia e mobiliza seu ambiente social e estabelece um forte vínculo com as pessoas ao seu redor. Na teoria de Wallon, estados emocionais possuem componentes vegetativos e sociais. Eles estabelecem *"a transição entre o estado orgânico do ser e sua etapa cognitiva, racional, que só pode ser atingida através da mediação cultural"*. (La Taille, 1992, p.85). Neste processo de transição começa a se desenvolver a consciência afetiva, que proporciona o início da vida psíquica diferenciada da vida orgânica inicial. Pelo poder de vinculação com o meio social, a consciência afetiva possibilita o acesso ao universo simbólico da cultura, que fornece os instrumentos para o desenvolvimento da cognição. Estados emocionais possuem um importante papel nas vinculações afetivas, especialmente na fase inicial do desenvolvimento humano. Da

afetividade vai ocorrendo, aos poucos, com a maturação, o desenvolvimento da vida racional, que possibilita a atividade cognitiva e de reflexão. Para Wallon, os estados emocionais são constituídos de uma natureza central, outra periférica e outra representacional. A afetividade inicial do bebê é *"somática, epidérmica, onde as trocas afetivas dependem inteiramente da presença concreta dos parceiros".* (La Taille, 1992, p. 90). Com o desenvolvimento da função simbólica e com a aquisição da linguagem, as relações afetivas se enriquecem, trazendo importantes avanços à atividade cognitiva. Então, já na adolescência, origina-se a capacidade de reflexão e análise racional dos fatos, das vivências e das relações afetivas. O contato com sua cultura leva o indivíduo a adquirir informações, conceitos e significados e a construir sua subjetividade a partir das relações com o mundo. No decorrer de seu desenvolvimento psicológico,

> *"a passagem do nível interpsicológico para o nível intrapsicológico envolve, assim, relações interpessoais densas, mediadas simbolicamente e não trocas mecânicas limitadas a um patamar meramente intelectual"* (La Taille, 1992, p. 90).

O processo de desenvolvimento psicológico acontece paralelamente no plano intelectual e cognitivo, quanto no emocional e afetivo. Para Piaget (1995), é da afetividade que diferencia-se, lentamente, a vida racional. Ela é a mola propulsora das ações e a razão está a seu serviço. Afeto e razão são fatores complementares - o sentimento move, a razão guia.

Vygotsky (1996), em sua teria sobre a formação social da mente, propôs o conceito de consciência numa tentativa de fugir tanto do reducionismo da psicologia comportamental quanto das formulações da psicologia idealista do inicio do século XX. Segundo ele,

> *"a internalização das atividades socialmente enraizadas e historicamente desenvolvidas constitui o aspecto característico da psicologia humana; é a base do salto qualitativo da psicologia animal para a psicologia humana. Até agora, conhece-se apenas um esboço desse processo". (* p.76).

Ao longo da história da psicologia, questões como cognição e afetividade tem sido tradicionalmente estudadas de forma separada, fragmentada. Este fato tem prejudicado o avanço da psicologia e da medicina na teoria e na prática clínica, especialmente na compreensão dos processos de adoecimento crônico. A doença é vista como resultante de um fator único, de um segmento doente do corpo e não como um evento multicausal e interdisciplinar. Tal concepção originou-se no século XIX com Claude Bernard, prevalecendo sobre a de Comte, filosófica, especulativa e conceitual. Nas palavras de Luz (1988) *"a doença não é mais um ser, mas um estado"*. P.98. Com o desenvolvimento da fisiologia do século XX que separa órgãos e tecidos e define os desvios, desaparece a entidade doença e *"...tudo é potencialmente patologia, pois muito tênues são as bordas do normal e do patológico".(* p.110).

Em decorrência da ênfase à concepção científica racional e experimental que segmenta, que divide o objeto de estudo em partes, perdeu-se a unidade do todo como um sistema articulado e dinâmico. No contexto da racionalidade médica é enfatizado o desvio, perdendo-se neste universo o conceito de saúde. Dentro deste paradigma, passaram a ser valorizados, no desenvolvimento da medicina, da biologia, da psicologia e de outras ciências, estudos com enfoque científico racional, experimental, positivista, muitas vezes com utilização bem sucedida de progressos e princípios teóricos de uma disciplina para outra. (Luz, 1988).

No campo de estudos sobre dor, a rivalidade entre fisiologistas de um lado e psicólogos humanistas de outro, que aconteceu a partir da metade do século XIX, favoreceu os fisiologistas que teorizavam a dor como sensação, numa visão dualista que não considerava o componente emocional a ela associado. (Lobato, 1992).

Estava caracterizado, a partir de então, o futuro das pesquisas sobre dor que predominou até o início do século XX. Tais pesquisas passaram a legitimar o método experimental e quantitativo, objetivo e fidedigno, que abandonou conceitos mentalistas e filosóficos em seus estudos. O componente emocional e subjetivo da experiência da dor física foi negligenciado, assim como a etiogênese psicológica de algumas doenças orgânicas. Somente no século XX é que as investigações sobre dor voltaram a abordar o fator psicológico da sensação dolorosa. (Lobato, 1992).

Os processos emocionais, cognitivos, motivacionais, são subjetivos, constituem o ser humano e lhe permitem o acesso ao mundo social e cultural através da linguagem. (Gonzalez Rey,1997; Neubern, 2001). Porém a formação do futuro profissional em saúde tem se baseado em informações unilaterais de anatomia, física e química, sendo deficitário nas questões humanistas e na visão global do paciente. É uma formação cujo currículo é *"tecnocêntrico"* e segmentado. (Volich, 1998). A prática médica muitas vezes se reduz à doença, a fatores epidemiológicos, perdendo a possibilidade de contato com a história pessoal da pessoa doente e dos significantes desta história. Ela ...*"dessubjetiva a queixa do paciente, ...retira a queixa do paciente do campo da fala e da linguagem...",* perdendo assim sua função ética. (Del Volgo, 1998, p.33).

A eterna questão da dicotomia mente-corpo, própria do modelo médico cartesiano, permanece aberta. Conforme Luz (1988), dentro desse paradigma, os sintomas e doenças são classificados com base em métodos de observação *"sistemática, ordenatória, empírica"* e dentro de um reducionismo que concebe o ser humano como peças em movimento articulado. Este modelo utiliza o método empírico-analítico, com ênfase aos aspectos experimentais, comparativos e quantitativos –

> *"a idéia de cientificidade é associada ao experimentalismo, ao quantitativismo mesmo, como forma de estabelecimento do conceito científico, contrariamente ao filosófico, que permanece qualitativo, portanto impreciso"*. (Luz, 1988), p.100.

Segundo Del Volgo (1998), a medicina científica, com seu método anatomo-patológico, estabeleceu um *"corte epistemológico em seu discurso e um deslocamento de sua prática das questões subjetivas e da determinação simbólica da doença."* (p.32). Para ela, nas patologias crônicas ou naquelas em que a etiologia não é precisa, onde os tratamentos se mostram ineficazes, volta-se a ouvir o paciente. A demanda do doente em ser ouvido, a longa duração de alguns tratamentos e as dificuldades encontradas nos casos de doenças crônicas, tornaram-se questões que exigiram mais atenção e impulsionaram estudos no campo da psicossomática. No caso da depressão, por exemplo, O Dr. Jorge Alberto Costa e Silva, quando Diretor de Saúde Mental da OMS em 1997, enfatizou o alto custo de tratamento dessa doença devido à demora (18 meses em média) para se fazer o diagnóstico correto e afirmou que:

> *"o psicológico e o biológico são duas faces da mesma moeda" e que "...pode ser que academicamente ou mesmo na prática médica ainda haja esta divisão. Mas do ponto de vista científico, não dá para separar"* (Silva, 1997, p.7).

A concepção que procura integrar o físico ao psíquico embora não tenha ainda recebido a merecida atenção na prática clínica e não seja até hoje realmente coerente com o paradigma científico - experimentalista, objetivo, cartesiano - tem sido valorizada por algumas áreas das ciências da saúde. Esta valorização dos aspectos psicossociais do paciente tem ocorrido especialmente no tratamento de doenças crônicas, devido à constatação cada vez maior pelos sistemas de saúde, de sua impotência frente à multiplicidade de fatores que as constituem. Sabe-se que a depressão, a hipertensão, o diabetes, os problemas cardíacos e respiratórios crônicos, as doenças alérgicas e autoimunes, bem como outras que exigem tratamentos longos, não se beneficiam com o tratamento apenas dos sintomas físicos.

Ao buscar a objetividade, as ciências humanas se afastaram da subjetividade.Os paradigmas científicos, especialmente da psicologia, têm sido revistos e questionados por terem se afastado das questões subjetivas em suas pesquisas. Foi dentro do paradigma cuja proposta era a unidade psique-soma que surgiu a psicossomática, ao final da década de 1940, como um novo campo da medicina postulando a unidade básica do ser humano. Ela considera a patologia como desviante, mas a conceitua como uma tentativa de equilíbrio do organismo, carente de recursos mais evoluídos, para enfrentá-la. (Volich, 1998).

Começaram então a se intensificar, a partir da década de 40, as pesquisas sobre correlatos psíquicos de doenças orgânicas. Como disciplina distinta da medicina e da psicanálise, a psicossomática nos fornece hoje uma concepção coerente dos mecanismos de somatização. (Marty, 1993).

Alexander (1952;1977), como um dos primeiros estudiosos da psicossomática, elaborou a teoria segundo a qual a doença psicossomática resulta de reações emocionais negativas e conflitos que geram tensão crônica e se tornam patogênicas devido a exageradas excitações viscerais, criando o "*circulo vicioso psicossomático*". Apesar de importante, a teoria de Alexander, formulada em 1952, permaneceu dualista, não chegando

a abordar de forma integrativa a relação entre doença somática e conflito emocional. (Marty, 1993, p. 6). Alexander enfatizou uma visão multifatorial do sintoma psicossomático, integrando fundamentos da medicina experimental, da fisiologia e das ciências cognitivas, criando, conforme Del Volgo (1998) "o mito de uma conceitualização psicossomática unificada sobre a base da biologia". (p. 110).

Como um novo campo de pesquisas, a psicossomática utilizou-se da teoria psicanalítica freudiana para tentar explicar como os conflitos emocionais podem influenciar funções corporais e assim contribuir para o aparecimento de doenças. Vários estudos sobre pacientes fisicamente doentes, tratados psicanaliticamente, embora tivessem propiciado avanços na compreensão do papel do fator psíquico sobre a vulnerabilidade às doenças, enfraqueceram o modelo teórico baseado em conflitos intrapsíquicos como fatores geradores de doenças físicas. Seus resultados se basearam em doenças físicas heterogêneas e a eficácia do tratamento psicanalítico a algumas patologias orgânicas, além de não ter sido confirmada, mostrou-se prejudicial aos pacientes com egos regredidos e dificuldades na expressão verbal das emoções. O modelo teórico baseado no conflito intrapsíquico como elemento etiológico patogênico das doenças físicas não se confirmou. (Taylor, 1991).

Começou, a partir de então, a ocorrer um questionamento teórico e investigações clínicas que buscavam explicações sobre os resultados inesperados obtidos durante a aplicação do modelo psicanalítico tradicional, baseado em conflito, a pacientes fisicamente doentes. Algumas destas pesquisas, desenvolvidas entre final dos anos 40 e início dos anos 60, citadas por Taylor (1991, p.155), mostraram que:

- pacientes com doenças orgânicas crônicas e outras doenças psicossomáticas clássicas apresentavam *"dificuldades na expressão verbal e simbólica das emoções"*.

- era difícil tratar alguns pacientes pelo método psicanalítico devido *"à falta de consciência emocional, exiguidade de experiências internas, pensamento concreto e tipo de vida externalizado"*.

- pacientes fisicamente doentes que apresentavam *"déficits na organização da personalidade, mais do que defesas neuróticas,...pobreza de experiências internas, mínimo interesse em sonho,...preocupação com sintomas físicos, distância afetiva em relação a outras pessoas"*.

A questão dos efeitos da doença sobre o psiquismo e vice-versa permanece aberta, pois há muito o que se conhecer no estudo do humano. São importantes as novas teorias (Neubern, 2001; Gonzalez Rey, 1997, Del Volgo, 1998) que estão sendo atualmente desenvolvidas. Faz-se necessário reconsiderar a questão das emoções não como um subproduto de reações bioquímicas, mas como parte constitutiva da subjetividade. (Gonzalez Rey, 1997). Na visão psicossomática os possíveis caminhos para a elaboração de excitações emocionais - o orgânico, o motor e o cognitivo - são também as vias possíveis da patologia. Esta, por sua vez, seria uma resultante dos recursos da pessoa para enfrentar tensões, da duração e da intensidade das tensões. (Volich, 1998).

A focalização e amplificação de sensações somáticas têm repercussão na saúde física de muitos indivíduos, o que os leva à busca constante de ajuda no sistema de atendimento médico. Uma pesquisa de Jyvasjarvi (2001) investigou a associação entre somatização e a freqüente procura de atendimento médico primário. Os resultados mostraram que os usuários freqüentes de serviços médicos apresentavam comportamento hipocondríaco. Outro estudo (Lesley, 2001), que avaliou 1455 pacientes de ambulatório de cuidados primários, mostrou que pacientes somáticos que apresentavam depressão e ansiedade eram fisicamente mais prejudicados e que a avaliação de pacientes com queixas somáticas é deficiente no atendimento primário.

Além disso, o modelo do sistema médico diagnóstico parece não se adaptar à avaliação do paciente psicossomático ou alexitímico. Estudos como o de Fava (2001) mostraram que o DSM-IV é clinicamente inadequado, especialmente no capítulo concernente às desordens somatoformes, cujos sintomas muitas vezes não são definidos nas categorias diagnósticas deste instrumento. Este instrumento não é adequado porque foge ao modelo multidimensional de diagnóstico, mais indicado para os distúrbios psicossomáticos. Os autores desta e de outra pesquisa (Porceli, (2001) concluíam que os critérios diagnósticos derivados das pesquisas clínicas psicossomáticas oferecem novas oportunidades para a medicina psicossomática e a psiquiatria.

Com a intensificação dos estudos relativos ao modelo teórico da medicina psicossomática e aos efeitos do psiquismo sobre o estado físico doente e vice-versa, esta abordagem sistêmica do homem como ser psicossomático começou a ser objeto de pesquisas mais sistemáticas. No início dos anos 70 ao retomar as descobertas sobre o estilo cognitivo externamente orientado e a dificuldade na expressão emocional de alguns pacientes psicossomáticos, Sifneos (1973) criou o termo "alexithymia" para caracterizá-los.

O CONCEITO ALEXITIMIA

O termo alexitimia – do grego, *a=falta; lexis=palavra; thymos-emoção* – refere-se a uma dificuldade na identificação e expressão emocional, que pode levar à propensão a somatizar. O conceito surgiu na prática clínica, onde foram observados pacientes que apresentavam um distúrbio cognitivo e afetivo, caracterizado por reações somáticas *("expressivas ou fisiológicas"),* verbalização mínima e emoções indiferenciadas *("vagas e inespecíficas").* Krystal (1988, p.243). Tem sido relacionado às doenças crônicas em geral e à dor crônica em particular, sendo hoje um dos interesses da psicossomática que procura respostas à antiga questão da unidade mente-corpo.

O termo surgiu da evolução dos estudos da medicina psicossomática, após muita discussão teórica de sua validade, essência e utilidade e tornou-se uma entidade clínica independente que parece indicar um caminho para a maior compreensão de pacientes que buscam ajuda para seus problemas de saúde dentro do sistema médico. (Lesser, 1983). Atualmente alexitimia refere-se a um conceito multidimensional que procura explicar como alguns componentes psicológicos facilitariam o aparecimento de doenças orgânicas e somatizações. (Fortes, 1995). Foi aqui considerado um conceito que resume em seu significado dificuldades na consciência, verbalização e reconhecimento de emoções. Representa, segundo Fortes (1995), uma:

> *"proposta de novo paradigma nos estudos sobre a interação mente-corpo, em especial no que diz respeito à verbalização dos sentimentos e sua importância em algumas patologias de distúrbio de somatização". (* p. 6).

O termo não pertence a nenhuma categoria diagnóstica e tem sido investigado como uma das alternativas do modelo bio-psico-social de diagnóstico de doenças.

Desde sua concepção, alexitimia é um conceito clinicamente derivado, constituindo-se principalmente de uma dificuldade na expressão verbal de emoções e na função cognitiva. Os termos traço (Apfel & Sifneos, 1979), distúrbio (Taylor, 1984), fenômeno (Krystal, 1988), constructo (Taylor, 1991) têm sido utilizados para descrevê-lo.

São quatro as principais características da alexitimia, segundo Taylor (1991):

- *"dificuldade para identificar e descrever sentimentos";*
- *"dificuldade para distinguir entre sentimentos e sensações corporais da excitação emocional";*
- *"processos imaginativos constritos, evidenciados por uma pobreza de fantasia";*
- *"um estilo cognitivo externamente orientado". (p. 155).*

Fatores etiológicos culturais, familiares, educacionais, psicodinâmicos, genéticos e neurofisiológicos da alexitimia foram pesquisados, mas o questionamento teórico continua.

A hipótese teórica sobre a gênese biológica da alexitimia enfatiza que os pacientes alexitímicos teriam uma predisposição biológica à incapacidade para lidar com as emoções. O fato de cada hemisfério cerebral ser especializado explicaria o fenômeno, na medida em que alterações no hemisfério direito, responsável pela modulação afetiva acarretariam problemas na comunicação de afetos, vindo a somatizar. (Sifneos, 1975).

Segundo esta visão, o indivíduo alexitímico apresentaria uma dissociação entre os dois hemisférios cerebrais, o que afetaria sua capacidade para fantasiar e lidar simbolicamente com as emoções, e também dificultaria a elaboração das angústias e tensões internas gerando, conforme estudos de Kaplan (1976), o stress psicossomático. Algumas pesquisas sobre a especialização hemisférica cerebral e alexitimia foram realizadas, destacando-se Galin (1974), Hoppe (1988), Zeitlin (1989) e o estudo de Ross (1981) sobre o papel integrativo do cérebro em relação à linguagem afetiva. Pesquisas posteriores precisam ser realizadas sobre esse assunto, ainda muito controverso entre os estudiosos da alexitimia.

A gênese da alexitimia ligada a falhas no processo de desenvolvimento foi estudada por Emde (1988) e o papel do trauma no fenômeno alexitímico foi tema de amplos estudos de Krystal (1988). Segundo estas pesquisas, os problemas de estrutura e funcionamento psíquico, provocados por falhas no processo de desenvolvimento ou por traumas, prejudicariam a função simbólica e a capacidade de elaboração psíquica das tensões, acarretando a utilização de recursos primitivos ou mesmo de reações orgânicas como forma de regular as tensões.

Na linha da etiologia psicodinâmica da alexitimia ressaltam-se os estudos de McDougall (1982; 1996). Em sua longa experiência como psicanalista, McDougall (1996), observou que alguns pacientes não se beneficiavam com o tratamento psicanalítico. Segundo ela:

> *"exibiam uma capacidade incomum de expulsar de seu discurso analítico certas experiências carregadas de afeto, com a conseqüência de que estas encontravam expressão fora da análise, de certo modo, fora do psiquismo".* (p. 27).

As expressões afetivas destes pacientes, considerados por ela *"desafetados",* se descarregavam na ação ou sobre o ambiente, para evitar o reconhecimento do sofrimento psíquico decorrente de afetos dolorosos ou excitantes. Afirmou ela ainda que tais pacientes psicossomáticos e alexitímicos seriam diferentes dos neuróticos, porque uma organização neurótica serviria de *"escudo"* contra a somatização. Haveria um déficit nas *"representações de palavras"* e na função simbólica, caracterizado por sentimentos de vazio e por uma *"privação psíquica"* que faz o paciente alexitímico dispor apenas de *"representação de coisas".* Nestas circunstâncias,

> *"as palavras, esvaziadas de seu conteúdo afetivo, perdem seu valor simbólico e são tratadas como coisas; a experiência psíquica que deveriam conter (isto é, tanto a representação da palavra quanto do afeto a ela associado) é lançada para fora do psiquismo".* (p. 65).

Assim, o indivíduo permaneceria num processo primitivo de reação, *"produto de um curto-circuito da linguagem e dos processos secundários".* (p. 66). Esta forma regredida de reagir do paciente *"desafetado"* teria origem nas relações mãe-filho, prejudicadas em seu processo de diferenciação, com conseqüente empobrecimento da

função simbólica. O resultado seria a utilização de recursos primitivos e infraverbais que propiciariam a somatização. Portanto,

> *"nos estados psicossomáticos, é o corpo que se comporta de maneira delirante; ele hiperfunciona ou inibe funções somáticas normais e o faz de modo insensato no plano fisiológico".* (p.22).

A repercussão desta descarga corporal seguiria os *"vestígios contidos na memória da qual está dotado o funcionamento automático do corpo".* (p. 66).

A historia do desenvolvimento afetivo é um importante aspecto nos processos de somatização. McDougall (1996) afirma que "*o afeto está a meio caminho entre o somático e o psíquico"*. (p. 71). Segundo ela, a desafetação, o pensamento operatório e as dificuldades na identificação e expressão emocional levariam determinadas pessoas a se afastar de sua subjetividade, a se separar de suas emoções. Passariam, assim, a ter uma dificuldade em sua capacidade de entrar em contato com sua realidade psíquica. Estes são fenômenos inerentes à alexitimia.

Fortes (1995) focalizando brevemente a hipótese teórica sobre a gênese psicodinâmica da alexitimia, ressaltou alguns pontos:

- *"a ocorrência de um estilo de pensamento externamente orientado, prático, concreto e detalhista, definido pela Escola Francesa de Psicanálise como 'pensée operatoire';*
- *a expressão das emoções se dá por vias autonômicas, numa linguagem corporal, orgânica e não verbal, levando a somatizações;*
- *estes indivíduos permaneceriam nesta linguagem corporal devido a um déficit na simbolização e elaboração interna das emoções;*
- *este déficit ocorreria devido a problemas na relação mãe-bebê, com dificuldade para o bebê estruturar objetos internos, ficando então vinculado aos objetos reais, não simbólicos;*
- *traumas vividos pelo bebê que não é cuidado adequadamente por seus pais seriam fatores desencadeantes do fenômeno alexitimia".* (p. .29).

A gênese sócio-cultural da alexitimia foi pesquisada por Leff (1973). Ele propôs a influência de fatores sociais, culturais e intelectuais sobre a verbalização das emoções, concluindo que pessoas de países mais desenvolvidos conseguem maior diferenciação entre estados emocionais do que pessoas de países menos desenvolvidos, que seriam mais *"indiferenciados"* em relação aos estados emocionais. Esta questão foi retomada por Fortes (1995) numa pesquisa com estudantes brasileiros que abordou a relação entre aspectos sócio-educacionais e alexitimia. Os resultados mostraram índice maior para alexitimia entre os estudantes de classes menos favorecidas, demonstrando que ela sofre influência sócio-cultural. Porém, segundo Fortes (1995) e Stoudemire (1991), a forma de comunicar afeto da população socialmente menos favorecida é apenas diferente, nem melhor, nem pior do que a forma utilizada pela população de nível sócio-cultural superior e que a capacidade lingüística para estados afetivos sofre grande influencia cultural e familiar. Também foi demonstrada a relação entre linguagem e emoção, aprendizagem social e familiar da expressividade emocional. (Waring, 1977)

A hipótese sobre a gênese cultural da alexitimia é um tema ainda muito controverso entre os pesquisadores. Em um estudo sobre alexitimia em pacientes neuróticos e psicossomáticos, Sifneos (1977) não encontrou relação entre alexitimia e fatores sócio-culturais. Estas questões são um campo aberto para futuras pesquisas que objetivem uma melhor compreensão do fenômeno alexitimia.

O que se pode concluir dos estudos realizados até hoje sobre alexitimia é que a questão emocional é uma das mais importantes variáveis relacionadas a este fenômeno. A qualidade da expressão emocional pode estar na capacidade para reconhecer e trabalhar interiormente os afetos, sendo que esta capacidade parece estar muito ligada à história do desenvolvimento infantil, à postura e ao discurso familiar sobre expressões de afeto, levando o indivíduo a se localizar em relação ao seu estado emocional. As dificuldades da pessoa ao processar cognitivamente suas emoções e ao vivenciar seus sentimentos de forma consciente, provocam a focalização e amplificação das sensações somáticas. (Lane, 1987).

O conceito alexitimia tem grande valor clínico, seja no meio médico, seja no ambiente psiquiátrico de assistência ao doente. Sua importância reside na facilidade de sua comunicação, pois alexitimia combina um número de aspectos clínicos em seu significado.

(Taylor, 1991). É um constructo que tenta unificar as dimensões cognitiva e afetiva do funcionamento psicológico, o que se aproxima das tendências das pesquisas contemporâneas. A utilidade da aplicação deste conceito está diretamente ligada à abordagem terapêutica mais adequada ao paciente, uma vez que sua utilização pode levar a uma maior compreensão de pacientes com múltiplas queixas somáticas que tantas vezes confundem os médicos, levando-os a consultas e avaliações extensivas e desnecessárias. (Lesser, 1983). Como afirmou Iezzi (1994),

> "*quando os agentes de saúde não reconhecem os pacientes somáticos potenciais, o custo em termos de diagnósticos invasivos, procedimentos cirúrgicos e outros efeitos iatrogênicos é alto. Pacientes que somatizam e seus familiares também ficam sujeitos a um significativo custo emocional como resultado de diagnóstico inapropriado".* (p. 461).

Embora muitas pesquisas sobre alexitimia tenham falhado do ponto de vista metodológico, alguns estudos que tem objetivamente quantificado a atividade simbólica, de fantasia, ou a expressão verbal de afeto apoiaram a validade do constructo alexitimia. (Taylor, 1991).

Alguns recentes estudos abordaram a relação entre alexitimia e abuso de substâncias (Haviland, 1994; Loas, 1997), estresse pós-traumático (Zeitlin, 1993 e Loas, 1998); depressão e síndrome do pânico (Haviland, 1998 e Bankier, 2001); transtorno obsessivo-compulsivo (Zeitlin, 1993); ansiedade (Cox, 1995) e transtorno somatoforme (Bach, 1996). Embora não conclusivas estas pesquisas indicaram que:

- parece haver relação entre ansiedade e alexitimia;
- não está clara ainda a relação entre alexitimia e depressão;
- alexitimia e ansiedade são fenômenos separados que podem ocorrer simultaneamente;
- não há evidencia empírica de que alexitimia predispõe ao desenvolvimento de sintomas físicos;

- pesquisadores enfatizam que alexitimia é não só um fenômeno psicológico, mas também socialmente determinado;

- alexitimia é um conceito multidimensional e, conforme Bankier (2001), as pesquisas não estão considerando este aspecto.

Uma importante área de aplicação dos estudos sobre alexitimia é no campo da assistência interdisciplinar ao doente crônico, tal como no caso da algia pélvica crônica. Os trabalhos de Iezzi (1994) e Cox (1994) analisaram a relação entre dor crônica e alexitimia. Alguns pesquisadores têm considerado que o componente alexitímico seria um dos correlatos psicológicos nas disfunções cujo sintoma principal é a dor crônica. (Ford, 1986; Rosenthal, 1993; Gregory, 2000). Como toda doença de longa duração, a dor pélvica crônica possui componentes multidimensionais, estruturados numa interação mente-corpo, tal como proposto pelo paradigma do constructo alexitimia. Para Ford (1986), muitos pacientes portadores de síndromes de dor crônica podem ter a depressão associada ao problema, outros são: *"alexitímicos e focalizam sua atenção à dor de forma contínua e obsessiva, com a exclusão de quase tudo em suas vidas"*. (P. 331).

O CONCEITO DE DOR

A Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) estabeleceu em 1979, o seguinte conceito de dor:

> *"é uma experiência desagradável, sensitiva e emocional, associada com lesão real ou potencial dos tecidos ou descrita em termos dessa lesão". (Lobato, 1992).* p. 165.

Este é um conceito que define a dor envolvendo seu aspecto emocional e desvinculando-a de uma lesão orgânica obrigatória. Para Lobato (1992), *"em outros termos: ...existe a dor, ...haja ou não um estímulo nociceptivo reconhecido"*.(p. 166).

Na análise de Strain (apud Lobato, 1992), a simbolização da dor ocorre em três níveis, abaixo relacionados.

1- Como um sinal do ego de que há uma ameaça à integridade estrutural ou funcional do organismo.

2- Assim que percebe que pode comunicar a dor, o organismo faz dela um meio para pedir ajuda.

3- A dor passa a ter função de manipular e controlar o meio externo, não mais denotando uma referência ao corpo.

As concepções mentalistas e a prevalência do conceito mecanicista da dor nos primeiros estudos da fisiologia desencorajaram, durante muito tempo, as pesquisas sobre ela. Dentro da tradição cristã, a dor era considerada uma *"provação para os justos",* tendo sido sacralizada. Além disso, a concepção aristotélica da *"dor como uma paixão da alma",* perdurou por quase dois mil anos. (Lobato, 1992, p.166). Estudos que abordaram tanto a sensação física da dor quanto seus correlatos psicológicos são recentes.

Uma pesquisa americana mostrou que a dor é o sintoma mais comum em pacientes que freqüentam um hospital geral: *"admite-se que 75% deles têm dor como sintoma predominante".* (Engel, apud Lobato1992, p.166). Além disso, é a principal causa de incapacidade nos EUA. (Chapman, apud Lobato, 1992).

Muitas vezes a atitude do profissional de saúde frente a uma doença aguda é diferente de sua atitude em relação à dor crônica. Conforme análise de Rosenthal (1993) sobre dor aguda e crônica, as regras de conduta terapêutica diferem especialmente porque nas patologias agudas não se exige do doente a postura ativa e responsável pela sua recuperação tal como nas patologias crônicas. Para os doentes crônicos exige-se alto grau de comprometimento pessoal, apesar das limitações impostas pela doença, devendo continuar a desempenhar suas funções normais. Normalmente o esforço físico e psicológico, exigido para a reabilitação, passa a desgastar profundamente o indivíduo doente.

A dor é uma experiência que representa um obstáculo à saúde física do indivíduo e interfere em seu estado emocional. Tem componentes biológicos e psicológicos, sociais e culturais. Faz parte da natureza humana e apresenta uma

característica básica: a subjetividade. Como elemento subjetivo, a sensação dolorosa faz parte da história pessoal do indivíduo e como tal está inserida em um processo social e cultural. Envolve contingências passadas e presentes, sociais e individuais, cognitivas e afetivas. A própria natureza da dor como processo subjetivo, permeado pela diversidade de fatores constituintes e desencadeantes, requer uma abordagem interpretativa sempre inacabada. (Gonzalez Rey, 1997).

Conforme Sullivan (2001), precisamos nos afastar do dualismo que permeia o tema dor afirmando:

> *"Wittgestein nos ensinou que não podemos pensar em dor separada do comportamento de dor. Se escaparmos das limitações impostas por nossas idéias dualistas de dor física e dor mental, podemos não só rejeitar a noção de corpo como um condutor passivo de informações danosas, mas também a noção de que a mente é um lugar onde as sensações são observadas. A dor ocorre não no teatro privado cartesiano da mente, mas em um teatro social público".* (p. 155).

A dor possui elementos mentais (por ex. aversão), físicos (por ex. localização) e sociais (entendemos nossa dor e a dos outros em termos do comportamento de dor socialmente categorizado). Para Sullivan, *"a dor se origina não na mente ou no corpo, mas entre mentes e corpos".*(p.146). Deste ponto de vista, só se pode conciliar dor física e mental se compreendermos suas origens interpessoais. Estas são algumas considerações que talvez expliquem as dificuldades do profissional de saúde perante doentes com queixa de dor.

A dor crônica é aquela caracterizada pala duração maior que seis meses e envolve uma condição diagnóstica complexa. (Lobato, 1992). Provoca procedimentos demorados, às vezes dispendiosos, dolorosos e improdutivos na busca diagnóstica, que acabam por provocar, no médico, atitudes de impaciência e desatenção. A cronicidade do problema e a luta contra o sintoma acabam se transformando no objetivo de vida do paciente e sua família, passando a existir como doença. (Lobato, 1992). No caso da dor crônica e das doenças crônicas em geral, uma abordagem simplista não é a forma adequada de tratá-las. Os fatores psicológicos e emocionais são componentes importantes nos quadros de dor de longa data e representam sintomas relevantes no momento diagnóstico e terapêutico para o médico. (Lobato, 1992).

Especialmente no caso da dor pélvica crônica, estudos têm demonstrado a necessidade de uma abordagem não só de seus aspectos ginecológicos, mas também do estado psicológico da paciente portadora desta disfunção. (Rosenthal, 1991; Walker. 1992, Gregory, 2000; Verhaak, 1998; Reed, 2000). Uma pesquisa de Peters (1991) demonstrou, num estudo com 106 portadoras de algia pélvica crônica, acompanhadas por um período de um ano, que os esquemas terapêuticos tradicionais que primeiro descartam as causas orgânicas para depois se considerarem os fatores psicossociais têm resultados piores do que os esquemas terapêuticos que dão atenção conjunta aos fatores somáticos, psicológicos, dietéticos. Em dois artigos em que investigou a relação entre dor crônica e seus correlatos psicológicos, Gregory (1999 e 2000) concluiu que os pacientes portadores de dor crônica apresentavam supressão emocional, excessiva auto-confiança, trabalhavam demais e mostravam ansiedade e amplificação dos sintomas somáticos.

Em um artigo de revisão sobre questões clínicas e filosóficas da dor pélvica crônica, Grace (2000) afirmou que há falhas na compreensão dos aspectos subjetivos da dor e a tendência a considerar os fatores psicossociais como reações aos biológicos, estes prioritariamente colocados como anteriores. E complementa enfatizando que é necessário introduzir na pesquisa sobre dor pélvica crônica maior diversidade de perspectivas teóricas e empíricas.

FATORES BIOLÓGICOS E PSICOLÓGICOS DA DOR PÉLVICA CRÔNICA

Conforme Halbe (1987), "*a dor pélvica abrange as porções inferiores das regiões lombares e umbilical e as regiões íleoinguinais e hipogástrica",* sendo de etiologia psicológica complexa e pertencendo basicamente ao campo dos distúrbios psicossomáticos nos quais alterações fisiológicas estão de alguma forma relacionadas a processos psicológicos. (p.292).

A dor pélvica crônica, que persiste por meses ou anos, necessita de um modelo explicativo mais amplo, que inclua o aspecto clínico, o psíquico, o social e os efeitos dos tratamentos e procedimentos.

A "teoria dos portais da dor" oferece um bom esquema explicativo para a dor pélvica crônica, especialmente por considerar os *"fatores emocionais como elementos integrantes da experiência dolorosa"*. (Rosenthal, 1993, p. 641). Segundo esta abordagem teórica, sinais nociceptivos dolorosos seriam transmitidos através de fibras periféricas, com sentido bidirecional entre cérebro e periferia. Nesta dinâmica central-periférica de transmissão da sensação dolorosa haveria interferência de estados emocionais e afetivos, com capacidade para modular os sinais nociceptivos periféricos.

Na dor pélvica de longa data, assim como em toda dor crônica, afirma Halbe (1987),

> *"entra em jogo o sistema límbico ou sistema da emoção.....É nas chamadas doenças psicossomáticas que se pode aprender o significado do sistema límbico e de sua memória nas reações fisiológicas e comportamentais aos estímulos ambientais".*(p. 292).

Segundo esta visão neuropsicológica da manifestação psicossomática, a presença de um conflito emocional intenso é evidenciada por perturbações dos efetores autônomos (glândulas e músculos lisos), decorrentes de aumento ou diminuição da atividade fisiológica. Estas alterações funcionais podem ser acompanhadas de comportamentos explícitos ou externos, ou de comportamentos implícitos ou encobertos. Ao nível implícito o comportamento emocional envolve uma atividade fisiológica involuntária e ao nível explícito ele envolve a participação da musculatura estriada ou voluntária. Porém, nem toda atividade involuntária é emocional, tornando-se difícil distinguir um reflexo produzido por fatores emocionais de outro eliciado por qualquer outro estímulo. Ao enfrentar um grande conflito emocional, a pessoa passa a focalizar toda a sua atenção e a canalizar sua energia para a emoção, suprimindo muitos dos demais comportamentos. Sua vida é modificada, alterada de tal forma que ela, exposta à interação sócio-cultural, é levada a suprimir também a manifestação externa de suas emoções, em nome do que se convencionou chamar de "maturidade emocional". (Halbe, 1987). Está então estabelecido o processo de somatização no qual o canal de expressão do conflito emocional se dá por vias autonômicas. O indivíduo que apresenta dificuldade na identificação interna e expressão das emoções usaria, conforme a teoria dos portais da dor,

canais autonômicos e não as funções cognitivas como instrumentos de elaboração emocional, ocorrendo uma amplificação da sensação dolorosa. Portanto uma pessoa alexitímica poderia desenvolver uma dor crônica, uma doença psicossomática ou um quadro clínico cuja etiologia é multifatorial, tal como na algia pélvica crônica.

Devido à coexistência de fatores emocionais e físicos na dor pélvica crônica, algumas pesquisas têm enfatizado a avaliação do aspecto psicológico das pacientes, além de seu distúrbio ginecológico. A sensação de dor é uma questão subjetiva e cultural por definição - algumas culturas pregam a aceitação do desconforto físico, enquanto outras são mais liberais na permissão da expressão da dor. (Rosenthal, 1993). Este é um aspecto importante na abordagem terapêutica da dor pélvica crônica, uma vez que o conceito que a paciente e os que a cercam têm sobre a dor é um fator que pode ajudar na solução do problema. Rosenthal (1993) afirmou ainda que aspectos da história psicológica de pacientes portadoras desta doença devem ser considerados e investigados. A dinâmica das relações familiares complicadas, perturbadas, abusivas e muitas vezes incestuosas tem sido relacionada a algia pélvica crônica. Um estudo de Gross (1980/1981) demonstrou que várias mulheres perduram o ambiente familiar problemático ao longo de sua vida.

Alguns estudos demonstraram que as mulheres com algia pélvica crônica tendem a apresentar distúrbios psiquiátricos, mas os resultados não foram conclusivos a respeito de pertencerem a um grupo emocionalmente perturbado. (Rosenthal, 1993). Estudos de Kjerulff (2000) e Reed (2000) mostraram que a depressão é um dos correlatos da dor pélvica crônica, bem como a ocorrência de abuso sexual e físico em grupo de mulheres com algia pélvica crônica. Rapkin (1990) e Kjerulff (2000) descobriram que a história de abuso sexual é freqüente entre as mulheres com algia pélvica crônica ou portadoras qualquer outro tipo de dor crônica, concluindo que pode haver um vínculo psicodinâmico entre abuso sexual e dor crônica em mulheres.

A hipocondria é outra questão psicológica associada a este quadro clínico. As mulheres deste grupo apresentaram, em um estudo de Reed (2000) muitas queixas somáticas Os distúrbios de somatização caracterizam-se por uma busca constante e repetida de auxilio médico, passando com isso a representar um problema clínico e econômico. Para Rosenthal (1993), as portadoras de algia pélvica crônica relatavam um número

significativamente maior de problemas orgânicos do que pacientes com outras disfunções ginecológicas, apresentando também dores em outros locais que não a pelve. (Rosenthal, 1993).

O abuso de substâncias (álcool, drogas) tem sido relacionado ao quadro, porém não de forma conclusiva. Todavia, Rosenthal (1993) acredita na necessidade de minimizar o uso de medicações que podem levar à dependência como os ansiolíticos, uma vez que este grupo de pacientes possui pobre controle de impulsos.

Considerando que a algia pélvica crônica é uma doença de etiologia multifatorial, sendo os correlatos psicológicos importantes componentes do problema, o presente estudo investigou possíveis relações entre a qualidade da expressão afetiva-emocional – alexitimia- e a dor pélvica crônica, procurando assim ampliar a compreensão dos processos psicossociais envolvidos neste distúrbio.

Nossas perguntas neste estudo foram:

- Seriam as mulheres portadoras de dor pélvica mais alexitímicas do que as não portadoras?
- Esta diferença, medida pelo TAS-20, teria uma outra explicação que não a presença da dor?
- As mulheres portadoras de dor pélvica apresentariam, com maior freqüência, dificuldades psicossociais?
- Haveria correlação positiva entre dificuldades psicossociais e maior índice no TAS-20?

JUSTIFICATIVA

Através da investigação dos componentes psicossociais e da qualidade da expressividade emocional dos sujeitos desta pesquisa procurou-se contribuir para a melhor compreensão dos processos psicológicos envolvidos na algia pélvica crônica.

Buscou-se, pela avaliação comparativa da expressividade emocional de mulheres portadoras e não portadoras de dor pélvica crônica, caracterizar sua habilidade para identificar interiormente e exprimir verbalmente suas emoções.

A relevância deste estudo se refere à necessidade de pesquisas que comparassem sujeitos portadores e não portadores de dor crônica, especialmente em relação à alexitimia, campo em que faltam pesquisas com este enfoque.

O tema é atual e visa abordar um problema complexo, multidimensional, muitas vezes incapacitante, que envolve vários fatores etiológicos, como o são outros quadros clínicos cujo sintoma mais importante é a dor recorrente de longa duração.

A visão qualitativa dos processos psicossociais e a investigação do traço alexitímico, numa abordagem comparativa tal como proposta por esta pesquisa, podem contribuir para diminuir alguns procedimentos de alto custo e muitas vezes dolorosos, desnecessários e ineficazes.

OBJETIVOS

Embasado nos capítulos anteriores, este estudo teve como objetivo avaliar a relação entre alexitimia e dor pélvica crônica e comparar possíveis dificuldades psicossociais deste grupo em relação ao grupo não portador.

Assim sendo, através da aplicação do instrumento denominado Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) e de uma entrevista clínica (anexo III), analisou-se:

- a prevalência de alexitimia (índice do TAS-20) entre dois grupos de mulheres, um portador de dor pélvica crônica e outro não portador;
- a ocorrência de problemas psicossociais no trabalho, na vida familiar, social e conjugal em 8 mulheres de cada grupo, escolhidas aleatoriamente para a entrevista clinica;
- as diferenças entre os grupos, tanto no TAS-20, quanto nos dados da entrevista clínica.

HIPÓTESES

1. O índice para alexitimia, medido pelo TAS-20, é significativamente maior no grupo de dor pélvica do que no grupo de mulheres não portadoras desta disfunção.

2. A ocorrência de problemas psicossociais é maior no grupo de mulheres portadoras de dor pélvica do que no grupo de não portadoras.

3. Há relação entre problemas psicossociais e índice mais elevado para alexitimia.

MÉTODO

O método utilizado, com enfoque quantitativo complementado por uma análise qualitativa, possibilitou uma comparação dos resultados observados na população. Foram avaliados, de forma quantitativa, o índice de alexitimia obtido no TAS-20 e, de forma qualitativa, os dados da entrevista clínica.

Conforme Turato (1998), os dados qualitativos, além de complementarem a compreensão dos dados quantitativos, podem também indicar o caminho inicial para boas pesquisas qualitativas e testar hipóteses.

A abordagem qualitativa deste estudo foi adotada porque seu método permite uma investigação mais adequada da relação dinâmica entre o mundo subjetivo e o mundo objetivo do sujeito, os significados e a interpretação que ele dá aos objetos pessoais e símbolos que integram seu mundo psíquico e social e o conhecimento que ele tem sobre sua condição de vida. Os dados obtidos de forma qualitativa não são estáticos ou isolados. Representam acontecimentos dinâmicos, multidimensionais, que devem ser tratados de forma interpretativa.

A pesquisa qualitativa permite ainda maior imersão e percepção, pelo pesquisador, dos acontecimentos e representações construídas pelo sujeito ao longo de sua historia de vida.

A escolha do método qualitativo para avaliar os dados da entrevista clínica desta pesquisa teve o propósito de levantar possíveis contingências da historia de vida dos sujeitos que pudessem ter relação com alexitimia e dor pélvica crônica.

Sendo a alexitimia um constructo que abarca a questão da afetividade, acreditamos que fosse importante avaliar questões familiares e sociais e suas relações com alexitimia e dor pélvica crônica. Assim, a experiência subjetiva da dor, o impacto dela sobre a qualidade de vida, os reflexos desta experiência sobre as interações do sujeito com seu meio social e a percepção do fenômeno tal como visto por ele, são questões que poderiam ser levantadas pela entrevista e não pelo TAS-20.

Justamente por considerar a influência do traço alexitímico sobre as interações sociais e afetivas, Havilland (2000) e seus colaboradores desenvolveram uma escala de observação para avaliar alexitimia, a ser aplicada em conhecidos e parentes do paciente, numa tentativa de sair do enfoque essencialmente quantitativo do TAS-20 e assim partir para uma visão mais qualitativa das dificuldades e vulnerabilidades nas relações interpessoais.

SUJEITOS

Grupo de dor pélvica (GDP): 80 mulheres portadoras de algia pélvica crônica, com idade entre 19 e 50 anos, pacientes do Ambulatório de Ginecologia do Centro de Assistência Integral à Saúde da Mulher (CAISM) -Universidade Estadual de Campinas. Foi escolhida esta faixa etária porque ela condiz com os dados de um estudo piloto desenvolvido com uma amostra de 33 destas pacientes.

As pacientes foram contatadas no ambulatório de dor pélvica crônica e endometriose que acontecia em dia semanal pré-determinado. A triagem foi feita com o apoio da enfermeira responsável pelo ambulatório, das auxiliares de enfermagem e do serviço de psicologia do setor. A pesquisadora, após chamar a paciente para atendimento em uma das salas disponíveis, pedia sua anuência em participar da investigação, lia para ela o termo de consentimento (anexo I) e pedia que assinasse o documento.

Grupo de mulheres não portadoras (GNP): 80 mulheres, idade entre 19 e 50 anos, pacientes do mesmo ambulatório, que não eram portadoras de nenhum tipo de dor crônica.

Os critérios de inclusão para o GDP foram:

- concordar em participar da pesquisa;
- apresentar o problema da dor pélvica freqüente (no mínimo 3 dias por semana) há mais de 6 meses;
- ter idade entre 19 e 50 anos;
- possuir escolaridade mínima de 4ª série do 1º grau;

Os critérios de inclusão para o GNP foram:

- concordar em participar da pesquisa;
- não apresentar nenhum problema de dor crônica há mais de 6 meses;
- ter idade entre 19 e 50 anos;

A análise quantitativa dos resultados do TAS-20 foi realizada utilizando-se o número total de sujeitos da pesquisa (80 de cada grupo). Para a análise qualitativa foram escolhidos aleatoriamente 8 sujeitos que participar da entrevista clínica, além do TAS-20. A escolha foi feita escolhendo-se as de números 1, 10, 20, 30, 40, 50, 60, 70 e 80, de cada grupo.

INSTRUMENTOS

TORONTO ALEXITHYMIA SCALE - TAS-20 (Anexo II)

É um instrumento desenvolvido por pesquisadores da Universidade de Toronto, entre os quais Taylor (1985, 1990), utilizado para avaliar a alexitimia. Foi utilizado em estudos com população clínica e não clínica, tendo demonstrado consistência interna, fidedignidade e estrutura de fator estável. (Taylor, 1991). Em suas aplicações em pesquisas com pacientes médicos, o TAS mostrou ser uma avaliação capaz de discriminar entre pacientes diagnosticados como alexitímicos e não alexitímicos com, base em dados de entrevista clínica. (Taylor, 1988).

A primeira versão do TAS (Taylor (1985) era composta de 26 itens, mas ao ser utilizada em um estudo de Sriram (1987) apresentou falta de coerência de alguns itens referentes aos sonhos com aspectos do conceito alexitimia. Estes itens foram então eliminados.

Partiu-se então, na década de 90, para novas pesquisas que passaram a considerar a característica multifatorial da alexitimia, valorizando a análise dos fatores envolvidos na alexitimia.

A partir destas descobertas, Parker (1993) elaborou e validou a nova versão do TAS, o TAS-20, que possibilitou a avaliação não só do índice total de alexitimia, mas também os índices parciais dos três fatores do teste.

Nesta pesquisa foi utilizada a versão em português do TAS-20, traduzida por Fortes (1995), que mostrou confiabilidade teste-reteste de 0,74.

É uma escala de 20 itens, tipo Lickert, cujas respostas a cada item variam de uma discordância total (1) a uma concordância total (5). As questões 4, 5, 10. 18 e 19 recebem pontuação invertida no momento da avaliação. Os três fatores avaliados pelo instrumento são:

- Fator 1: dificuldade para identificar sentimentos e para distinguir entre sentimentos e sensações corporais. Itens 1, 3, 6, 7, 9, 13, 14.
- Fator 2: dificuldade para expressar sentimentos. Itens 2, 4, 11, 12, 17.
- Fator 3: avaliação do pensamento externamente orientado. Itens 5, 8, 10, 15, 16, 18, 19, 20.

ENTREVISTA CLÍNICA (Anexo III)

A entrevista clínica utilizada nesta pesquisa é semi-estruturada e composta de três partes:

- dados pessoais;
- dados sobre a doença;
- história de vida

Através de entrevista clínica buscou-se obter dados sobre a doença e o impacto que ela causa na qualidade de vida das pacientes, assim como dados psicossociais relevantes, desde a infância até o momento atual.

VARIÁVEIS

As variáveis estudadas foram:

Variável independente - índice para alexitimia (TAS-20). O índice a partir do qual um sujeito era considerado alexitímico foi de 49 pontos no TAS-20, resultado este obtido da pontuação média de sujeitos do sexo feminino de um estudo piloto.

Variável independente – questões psicossociais relacionados a problemas na infância, juventude, vida atual (trabalho, relacionamento familiar, social, conjugal) e auto-avaliação.

Variável dependente – presença de dor pélvica.

PROCEDIMENTO

COLETA DE DADOS

Após a consulta ginecológica, as pacientes eram encaminhadas para a pesquisadora e questionadas por ela sobre o seu consentimento em participar da pesquisa. Para esta finalidade, foi apresentado às mulheres investigadas o termo de consentimento (anexo I), formulado para esta pesquisa conforme a resolução nº 196/out./1996, do Conselho Nacional de Saúde. A seguir, era feita a aplicação individual do TAS-20 pela pesquisadora que lia as afirmações, anotava as respostas e comentários feitos pelos sujeitos sobre qualquer item. Embora o TAS-20 seja um instrumento auto-aplicável, a técnica de ler suas afirmações foi utilizada para se adequar melhor à população estudada, de nível sócio-educacional mais baixo.

Era investigada a presença ou não da dor e o tempo de duração da mesma, constituindo-se assim os dois grupos conforme os critérios de inclusão descritos anteriormente. Os sujeitos que participaram da avaliação qualitativa, foram entrevistados quanto à sua história de vida, conforme o roteiro proposto (anexo III).

A coleta de dados foi feita nas salas disponíveis dos ambulatórios onde as mulheres pesquisadas aguardavam atendimento e registrados por escrito pela entrevistadora.

CRITÉRIOS PARA DESCONTINUAÇÂO

Qualquer sujeito desta pesquisa poderia se desligar da mesma a qualquer momento se esta fosse sua vontade, mesmo os que foram selecionados para a entrevista clínica. Neste caso o próximo sujeito seria escolhido para substituí-lo. Bastava, para isto, um pedido verbal à pesquisadora. O sujeito que decidisse pelo seu desligamento em nada seria prejudicado. Nenhum desistiu de participar da pesquisa.

ASPECTOS ÉTICOS

Essa pesquisa obedeceu às recomendações e aos princípios éticos e científicos propostos pela Declaração de Helsinque, adotada pela 41ª Assembléia Médica Mundial em Hong Kong (1989 e revista em 2000) e pela Resolução 196, de 10/10/1996 do Conselho Nacional de Saúde.

Foi respeitada a integridade psicológica dos sujeitos envolvidos e pedida sua concordância em participar da pesquisa, conforme o termo de consentimento elaborado para este estudo (anexo I).

Por tratar-se de uma investigação psicológica, reafirmou-se o sigilo quanto à identificação dos sujeitos e quanto aos dados obtidos na entrevista clínica e no TAS-20. Este material registrado ficou sob a responsabilidade da pesquisadora, com longa experiëncia em atendimento clinico psicoterápico, que obedeceu às exigências éticas quanto à sua destinação.

ANÁLISE DOS DADOS

Para a análise quantitativa, os dados do TAS-20 dos sujeitos de cada grupo foram tabelados conforme pontuação (de 1 a 5) para cada um dos 20 itens, com pontuação invertida para as questões 4, 5, 10,18 e 19, chegando-se assim a um índice total para cada sujeito. (anexos V e VI). Foi utilizada a planilha eletrônica (EXCEL) para organização inicial dos dados.

A partir destes resultados fez-se uma análise descritiva das médias de pontos no TAS-20 por grupo e análise de covariância (ANCOVA), para avaliação dos resultados do TAS-20 entre os grupos, tanto em relação ao índice total, quanto em relação à pontuação parcial nos fatores 1, 2 e 3.

O teste t de Student foi aplicado na comparação de variáveis continuas entre grupos.

Para comparação de proporções foi utilizado o Teste Qui-quadrado ou Teste Exato de Fisher, quando necessário, para detectar a existência ou não de diferenças entre os dois grupos em relação às variáveis estudadas. (Beiguelman, 1996; Tabachnick, 2001)

O programa computacional utilizado foi o SAS (Statistical Analysis System), versão 6.12.

Sob o ponto de vista qualitativo, os dados da entrevista clínica receberam análise de conteúdo que foi decomposto segundo categorias descritivas. (Chizzotti, 1995).

RESULTADOS

Neste capítulo serão apresentados os resultados deste estudo, dispostos em tabelas relativas às variáveis investigadas. A partir dos resultados brutos dispostos em tabelas de contingências (anexos V e VI), fez-se uma análise dos dados para elaboração de tabelas de associação entre as variáveis em estudo.

Os resultados desta pesquisa mostraram que as mulheres do GDP tinham em média 36,53 anos e as do GNP 32,07. Na faixa etária mais baixa e na mais alta, os grupos eram significativamente diferentes: o GDP era composto por mulheres mais velhas. Como mostra a tabela I, cerca de metade das mulheres de ambos os grupos pertenciam à faixa etária entre 29 e 39 anos.

Tabela I: Número e porcentagem conforme a idade.

	Idade					
	18 – 28		29 – 39		40 - 50	
Grupo	N	%	N	%	N	%
GDP	8	10,00	47	58,75	25	31,25
GNP	26	32,50	40	50,00	14	17,50

Quanto à escolaridade, o GNP apresentou maior escolaridade do que o GDP. A tabela II mostra que a maioria (68,75%) das mulheres do GDP não chegaram a completar o primeiro grau, enquanto que quase metade do GNP tinha, no mínimo, o segundo grau completo.

Tabela II: Número e porcentagem conforme a escolaridade

	escolaridade							
	1º gi		1º g		2º g		sup	
Grupos	N	%	N	%	N	%	N	%
GDP	55	68,75	05	6,25	19	23,75	01	1,25
GNP	30	37,50	10	12,50	29	36,25	11	13,75

Teste Qui-quadrado p-valor=0.001

Em relação à união conjugal, foram encontradas diferenças significativas entre os grupos. A tabela III mostra que a porcentagem de mulheres não unidas é maior no GNP (36,25).

Tabela III: Número e porcentagem quanto à união conjugal

	Não unida		**unida**	
Grupos	N	%	N	%
GDP	14	17,50	66	82,50
GNP	29	36,25	51	63,75

Teste do Qui-quadrado, p-valor=0.007

Os grupos apresentaram diferença também quanto ao número de filhos. A porcentagem de mulheres que não tiveram filhos (53,75%) foi significativamente maior no GNP, enquanto no GDP, 40% tinha três filhos ou mais. A tabela IV mostra estes resultados.

Tabela IV: Número e porcentagem quanto ao número de filhos

	Número de filhos					
	0		1 – 2		3 ou mais	
Grupo	N	%	N	%	N	%
GDP	15	18,75	33	41,25	32	40,00
GNP	43	53,75	28	35,00	09	11,25

Teste do Qui-quadrado, p-valor=0.001

Houve diferenças entre os grupos quanto às mulheres que ganhavam mais de 10 salários mensais. A freqüência de mulheres melhor remuneradas foi significativamente maior no GNP (21,25%) do que no GDP (7,5%), como se observa na tabela V.

Tabela V: Número e porcentagem quanto à renda familiar

	Renda familiar em número de salários mínimos							
	1 – 2		2 – 5		5 – 10		>10	
Grupo	N	%	N	%	N	%	N	%
GDP	22	27,50	39	48,75	13	16,25	06	7,50
GNP	18	22,50	26	32,50	19	23,75	17	21,25

Teste do Qui-quadrado, p-valor=0.025

A religião predominante entre as mulheres dos dois grupos foi a católica. Observa-se na tabela VI que 67,50% do GDP e 71,25% do GNP eram católicas.

Tabela VI: Número e porcentagem quanto à religião

	Religião							
	Católica		Espírita		Evangélica		Não tem	
Grupo	N	%	N	%	N	%	N	%
GDP	54	67,50	02	2,50	22	27,50	02	2,50
GNP	57	71,25	01	1,25	18	22,50	04	5,00

Teste exato de Fisher, p-valor=0.675

Em termos de ocupação, houve diferença significativa entre os grupos, com maior proporção de mulheres com emprego no GNP (78,75%) do que no GDP(56,25%). A profissão mais comum nos dois grupos foi a de empregada doméstica. A tabela VII, abaixo, mostra os números e porcentagens de mulheres de cada grupo, em cada condição.

Tabela VII: Número e porcentagem quanto à ocupação

	Ocupação			
	Não trabalha fora		Trabalha fora	
Grupo	N	%	N	%
GDP	35	43,75	45	56,25
GNP	17	21,25	63	78,75

Teste Qui-quadrado, p-valor=0.002

A tabela VIII traz a análise das medidas de posição e dispersão das variáveis em cada grupo. Observou-se que os grupos não foram homogêneos em termos das variáveis: idade, renda familiar, número de filhos, índice parcial nos fatores 1, 2 e 3 e total de pontos no TAS-20. Para se verificar se houve influência destas variáveis nos resultados do TAS-20, foi realizada uma análise de covariância. Estes dados estão a seguir.

Tabela VIII: Medidas de posição e dispersão das variáveis em cada grupo

GDP

Variável	N	Média	Desvio Padrão	Mediana	Mínimo	Máximo
Idade	80	36,53	6,08	37,00	21,00	46,00
Salário	80	4,50	3,53	3,50	1,00	20,00
Filhos	80	2,03	1,33	2,00	0	5,00
Fator 1	80	21,65	7,50	23,00	7,00	35,00
Fator 2	80	13,66	6,34	13,50	5,00	25,00
Fator 3	80	21,81	4,43	21,00	12,00	34,00
Total – TAS	80	57,12	13,27	59,00	30,00	85,00

GNP

Variável	N	Média	Desvio Padrão	Mediana	Mínimo	Máximo
Idade	80	32,07	7,43	32,00	19,00	48,00
Salário	80	5,90	4,86	4,50	1,00	26,00
Filhos	80	0,90	1,21	0	0	6,00
Fator 1	80	13,60	6,17	12,00	7,00	29,00
Fator 2	80	11,80	6,32	9,50	5,00	25,00
Fator 3	80	18,43	4,26	17,00	10,00	31,00
Total – TAS	80	43,83	11,64	41,50	27,00	73,00

Teste t de Student para comparação da idade entre os grupos, p-valor=0.0001

Como se pode observar, pela tabela VIII, os grupos não foram homogêneos com relação às variáveis que poderiam afetar o resultado do TAS-20, por isso estas variáveis (idade, escolaridade, número de filhos e renda) foram utilizadas como covariáveis na Análise de Variância. A tabela IX mostra os p-valores desta análise.

Tabela IX: Resultado da Análise de Covariância para verificar diferenças entre os grupos, quanto à união conjugal e trabalho, para o total de pontos no TAS-20

Fonte de Variação	**p-valor**
União Conjugal A	0.6303
Trabalho A	0.2733
Grupo	0.0001
União Conjugal A*	0.0241
Trabalho A*	0.6714
Covariáveis	
Idade	0.9689
Escolaridade	0.2511
Salário A	0.0897
Filhos A	0.9385

As médias do total de pontos no TAS-20, ajustadas para as covariáveis em cada grupo foram de 51,06 para o GDP e de 44,53 para o GNP, o que indicou um índice para alexitimia significativamente maior entre as mulheres com dor pélvica crônica, mesmo após o ajuste das outras variáveis que não a dor. Observou-se uma diferença significativa quanto à união conjugal (p=0.0241). Foi feita então, uma análise da influência desta variável e verificou-se que as diferenças mais acentuadas foram entre as mulheres unidas do GDP, cujo total de pontos no TAS-20 foi de 54,59 (mais alexitímicas), e as mulheres unidas do GNP com 42,42 pontos. A tabela X mostra estes resultados.

Tabela X: Médias do total de pontos no TAS-20, ajustadas para a covariável união conjugal

União conjugal	Grupo	Total TAS-20	p-valor
Não unida	GDP	47,54	0.2181
Não unida	GNP	46,63	0.2231
Unida	GDP	54,59	0.0001
Unida	GNP	42,42	0.0001

A análise dos resultados das pontuações parciais, por fator do TAS-20, mostrou diferenças significativas entre os grupos para o fator 1 e o 3. A tabela XI, a seguir, apresenta os índices por fator em cada grupo. Dados detalhados dos valores de p estão no anexo IV.

Tabela XI: Médias de pontos, por fator, em cada grupo

Grupo	Fator 1	Fator 2	Fator 3
GDP	17,93	12,32	20,81
GNP	12,91	13,12	18,48

De maneira geral, os dois grupos tiveram pontuação maior no fator 3, o que indicou que as mulheres deste estudo apresentavam um tipo de pensamento externamente orientado, dificuldade mais acentuada no GDP. Elas também mostraram diferença quanto à identificação interna de estados emocionais (fator 1). Não houve diferença entre os grupos para o fator 2 (expressão verbal de afetos), o que indicou que elas teriam certa capacidade para falar sobre seus sentimentos, mas, como foi observado nas entrevistas clínicas, não a utilizavam por medo da reação dos outros, por não acreditarem que se beneficiariam, por não darem importância às questões afetivas e em nossa opinião, por uma questão cultural de valores, que priorizam o coletivo, a sobrevivência, com pouco tempo e espaço para investimento próprio.

A seguir apresentamos os resultados da análise qualitativa do conteúdo das entrevistas clinicas, ressaltando as principais descobertas relativas a cada grupo.

Grupo de dor pélvica (GDP)

- Este grupo, constituído por oito mulheres com média de idade de 36,53 anos, que além de responderem ao TAS-20 participaram da entrevista clínica. A maioria (7) era unida, uma solteira, tinham entre 4 e 11 anos de estudo, sendo que a metade delas freqüentou a escola por apenas 4 anos.
- 40% das mulheres desse grupo não trabalhavam fora. A profissão mais comum era a de empregada doméstica (12,5%).
- Apresentavam dor constante há mais de 2 anos.
- Seis das oito mulheres tiveram índice acima de 50 no TAS-20. O item 3 e o 16 deste instrumento foram os que tiveram maior pontuação, o que significa que elas concordaram que tinham sensações físicas que nem os médicos compreendiam e que preferiam assistir a divertimentos leves do que a dramas psicológicos.
- A maioria (5) referiu ter tido uma infância normal, sem problemas, ressaltando porém a falta de diálogo e carinho dos pais. Três relataram uma infância difícil, ou pelo alcoolismo paterno e pela frieza e distanciamento afetivo materno (2), ou pela ausência paterna.
- Metade deste grupo teve dificuldades no processo de aprendizagem e/ou adaptação social à escola. Todas pararam de estudar para trabalhar.
- A adolescência foi um período de vida sem problemas para a maioria (6), sendo que para as duas mulheres que relataram dificuldades nesta fase, uma enfrentou a rigidez e autoritarismo paterno (não podia sair para passear e nem ter amigos) e a outra, única filha entre dois irmãos, era obrigada a trabalhar como homem na lavoura e isto gerou uma crise de identidade sexual, superada com psicoterapia anos mais tarde.

- Nenhuma relatou história de abuso sexual ou de abandono pelos pais.

- Quanto à vida atual, sete consideraram boa sua qualidade de vida conjugal e apenas uma relatou dificuldades no relacionamento social e no trabalho.

- A auto-avaliação da maioria foi negativa. Uma se considerou insegura.

- Os planos para o futuro da metade delas foram a melhora financeira, seguida de melhora da saúde (3) e voltar a estudar (2).

Para exemplificar o que uma das mulheres deste grupo pensava sobre a sua condição de doente, segue-se o relato: "Sinto muita dor, diariamente, que não passa nem com analgésicos. Fico pensando sobre o que afeta o quê. Acho que presto muita atenção à dor e ela piora por causa do problema emocional que isso cria. Eu me sinto incapacitada para o trabalho".

Outros comentários ocorridos durante a aplicação do TAS-20, que caracterizaram as dificuldades cognitivas e na elaboração interna e expressão das emoções, estão abaixo relacionados:

- Não consegue suportar o silêncio perto de alguém.

- Acha que entrar em contato com suas emoções é difícil, não leva a nada e entristece.

- É difícil dar ao médico a dimensão da dor.

- Preocupa-se muito com os sintomas e a doença.

- Prefere sempre alguém para conversar do que analisar seus problemas sozinha. Não é capaz ou não gosta de refletir sobre seus problemas.

- Acha-se uma pessoa influenciável, hipersensível frente a problemas psicológicos, tanto seus quanto dos outros; perde o sono e a fome com facilidade.

- Fica confusa, presa em si mesma, remoendo problemas e sentimentos negativos, chora e sente vazio e solidão.

- Não confia nas pessoas, não se abre e não saberia dizer às pessoas como se sente.

- Prefere falar sobre o dia-a-dia e do que sobre problemas. Deixa passar os problemas emocionais e enfrenta os outros.

- Quando tem problemas afetivos e emocionais, trabalha mais para não pensar, deixa passar o tempo, distrai-se com leitura.

Grupo não portador de dor pélvica crônica (GNP):

- A média de idade das oito mulheres deste grupo foi de 32,07 anos. Metade delas era casada, três solteiras e uma separada. Tinham entre 4 e 15 anos de escolaridade, sendo que a maioria (7) freqüentou a escola por 8 anos ou mais.

- Apenas 17% delas não trabalhavam fora. A profissão mais comum foi a de empregada doméstica (11%).

- Todas tiveram índice menor do que 50 no TAS-20. Os itens 15 e 16 deste instrumento foram os de maior pontuação, indicando que estas mulheres preferiam conversar com as pessoas sobre atividades do dia-a-dia do que sobre seus sentimentos e assistir a diversões leves do que a dramas psicológicos.

- Sete se referiram à infância como tranqüila, sendo que seis delas consideraram que tiveram o carinho e a atenção dos pais nesta fase da vida.

- Todas eram boas alunas, gostariam de ter continuado os estudos, mas não puderam porque necessitavam trabalhar.

- O período da adolescência foi considerado “normal” para elas.
- Nenhuma relatou história de abuso sexual ou de abandono pelos pais.
- A qualidade de vida atual foi considerada boa pela maioria.
- Todas fizeram uma auto-avaliação positiva.
- Entre os planos para o futuro, predominou a volta aos estudos (5), seguido de ter filhos (3), comprar uma casa (2), mudar de emprego (2), ser feliz (1) e ter tempo para si (1).

Os comentários das mulheres deste grupo durante a aplicação do TAS-20 foram:

- Não consegue ser objetiva.
- Não se abre por medo das pessoas de hoje, ou porque acha que não deve expor seus sentimentos, ou por medo de magoar os outros, ou por timidez.
- Acha que examinar seus sentimentos alivia, mas não resolve.
- Acredita que entrar em contato com as emoções gera angústia.
- Evita pensar e falar sobre sentimentos e emoções; não gosta de conversar.
- Evita reagir aos acontecimentos.
- Está sempre ligada ao funcionamento do corpo.
- Tem explosões emocionais quando não sabe o que se passa com ela.
- Fica confusa entre medo e tristeza.
- Tem dificuldade para resolver problemas emocionais e acha mais fácil resolver coisas práticas.

DISCUSSÃO

Esta pesquisa comparou duas populações quanto à prevalência de alexitimia, uma portadora e outra não portadora de dor pélvica crônica e que freqüentavam o mesmo ambulatório.

Ao iniciar a coleta de dados, acreditávamos que avaliando pacientes do mesmo ambulatório, para ambos os grupos, teríamos maior homogeneidade das outras variáveis grupais que não a dor pélvica crônica. Esperávamos que houvesse mais semelhança em termos de escolaridade, união conjugal, nível socioeconômico, número de filhos e questões psicológicas. Enfim, que houvesse maior igualdade entre os grupos, com exceção da dor.

Os resultados, porém, mostraram diferenças significativas entre os grupos, não só em relação à dor, mas também quanto às outras variáveis.

A escolaridade do grupo de dor pélvica crônica (GDP) foi significativamente menor do que no grupo que não tinha dor. A grande maioria (75%) das mulheres do GDP tinham entre 4 e 8 anos de estudos, ao passo que quase metade (47,5%) das mulheres do GNP freqüentaram a escola por 11 anos ou mais. Estes resultados confirmaram uma pesquisa de Reed (2000) que comparou mulheres portadoras de dor pélvica crônica e mulheres com vulvodinia e mostrou que o grupo de dor pélvica tinha menor escolaridade e mais queixas somáticas e depressão.

A renda familiar foi significativamente menor no GDP que também teve maior índice para a alexitimia, o que confirmou um estudo brasileiro de Fortes (1995) que investigou a relação entre nível socioeconômico e alexitimia e encontrou que 75% de uma população de baixa renda era alexitímica. Tais descobertas reforçaram a visão de Leff (1973) de que esta população teria uma dificuldade de comunicação que favoreceria a expressão somática dos afetos. Esta é uma posição controversa e discutível. Segundo Fortes (1995), em vez de uma patologia, a alexitimia poderia ser uma característica cultural de populações de baixa renda, que possuiria uma *"ideologia holística, com uma visão transcendental e coletiva, que valoriza aspectos externos, pouco subjetivos*, *em seu discurso"*. (p. 95).

Quanto à união conjugal, a proporção de mulheres unidas foi significativamente maior no GDP do que no GNP. O subgrupo das unidas com dor teve também a maior pontuação para alexitimia (54,59). Poder-se-ia levantar aqui uma questão: tendo estas mulheres dificuldades para lidarem subjetivamente e para expressarem suas emoções, sendo, em sua maioria, unidas, qual seria então a qualidade de vida conjugal deste grupo? A análise destes dados da entrevista clínica mostrou que elas relataram estarem satisfeitas com sua vida conjugal, resultado este, intrigante, cuja explicação dependeria de investigações que procurassem estudar as inter-relações destas mulheres alexitímicas com seus próximos. Com este enfoque, há um trabalho de Haviland (2000) que desenvolveu uma escala de observação para avaliar alexitimia, a ser aplicada em conhecidos e familiares do paciente alexitímico. Pode-se assim, ter acesso a dados sobre a qualidade do relacionamento interpessoal da pessoa alexitímica. Este instrumento, que avaliava o distanciamento afetivo, o humor, as preocupações com a saúde e o autocontrole, mostrou ser confiável e útil para coletar dados sobre as expressões da alexitimia, clinicamente relevantes e que recebem atenção mínima, tanto na assistência, quanto na pesquisa.

Considerando-se então que o subgrupo de mulheres com dor e unidas apresentaram dificuldades afetivas e cognitivas, próprias da alexitimia e nem por isso relataram enfrentar dificuldades conjugais, poder-se-ia considerar novamente a hipótese de um estilo de comunicação menos subjetiva, que valorizaria o coletivo e não o individual. No relacionamento conjugal, predominariam, segundo Fortes (1995), as questões do grupo familiar em detrimento das necessidades individuais, não como opção, mas como ideologia. Este estilo pessoal é coerente com os resultados mais altos no fator 3 (pensamento externamente orientado) entre as mulheres unidas do grupo de dor.

Houve diferenças intergrupais também quanto ao número de filhos. Mais da metade (53.75%) das mulheres do grupo não portador não tinham filhos, ao passo que 40% do grupo com dor tinham 3 filhos ou mais. Mais uma vez constatou-se que as mulheres alexitímicas eram mais exigidas afetivamente. E novamente poder-sei-a supor que a relação com os filhos valorizaria questões de sobrevivência em condições de vida carente e difícil.

Relacionando estes resultados aos da historia de vida, seria possível supor que as contingências de educação vivenciadas por estas mulheres, pautadas pelo distanciamento afetivo e de comunicação dos pais, poderiam ser consideradas fatores predisponentes às dificuldades na identificação e expressão de sentimentos. Pela falta de espaço para a dimensão psicológica em suas realidades familiares, estas mulheres, que não aprenderam a comunicar seu afeto desde a infância, estariam agora refletindo esta dificuldade através do processo de somatização. Além disso, estariam valorizando mais as contingências externas e sendo reforçadas, na busca constante de ajuda no sistema médico, por práticas, também externas e coletivas, que as distanciaram de sua subjetividade por se sentirem cuidadas por alguém. Os benefícios secundários representam vantagens de ordem social ou familiar ao paciente. Conforme Del Volgo (1998):

> *..."toda assistência próxima do paciente corre o risco de reforçar essas resistências num círculo infernal, armadilha na qual o paciente se vê rapidamente aprisionado. De modo geral, as boas intenções entram nesse cenário e freqüentemente querer ajudar alguém significa enfraquecê-lo, tirando-lhe em parte suas próprias capacidades de reação e criação".* (p. 191).

Os resultados da avaliação da história de vida das mulheres do GDP evidenciaram que a maior parte delas qualificaram sua infância como boa, mas que sentiram a falta do afeto dos pais. Este é um dado que mereceria ser investigado junto aos filhos de pessoas alexitímicas: como seriam elas como pais nas questões emocionais, afetivas e de comunicação? Estariam elas perdurando o ambiente familiar afetivamente pobre em que viveram? Pesquisas futuras sobre alexitimia poderiam ter este enfoque.

A análise estatística inicial, sem ajuste das variáveis, dos resultados do TAS-20, mostrou um índice para alexitimia significativamente maior no GDP (57.12) do que no GNP (43.83). Porém, como os grupos não foram homogêneos em relação às variáveis que poderiam afetar o resultado (total e por fator) do TAS-20, estas variáveis (idade, escolaridade, união conjugal, número de filhos, renda familiar) foram utilizadas como covariáveis na Análise de Covariância (ANCOVA). Mesmo após o ajuste das variáveis, prevaleceram as diferenças entre os grupos, com índice para alexitimia maior no GDP (51,06) do que no GNP (44,53), o que indicou que as mulheres portadoras de dor pélvica

crônica apresentavam mais dificuldades na identificação e expressão emocional do que as não portadoras. Portanto, foi encontrada associação entre alexitimia e dor pélvica crônica, após o controle das outras variáveis, que não a dor, que poderiam estar influenciando no resultado maior do TAS-20.

As diferenças encontradas entre os grupos quanto aos fatores 1 e 3, com pontuação maior do GDP, mostraram que as mulheres com dor tinham dificuldades na identificação e diferenciação entre sentimentos e sensações corporais e um tipo de pensamento objetivo, concreto e externamente orientado.

A hipótese de que a presença da dor estaria associada à pobreza subjetiva e às dificuldades para lidar com sentimentos e emoções se confirmou. Se estas dificuldades seriam decorrentes de alterações neuroanatômicas, problemas de desenvolvimento psicológico na infância, traços de personalidade ou formas culturais de comunicação este estudo não pode responder. Seus resultados reforçaram a posição de que a alexitimia está associada à dor e tem relação com baixo nível educacional e socioeconômico. A predominância de um tipo de comunicação concreta e objetiva, sobre outra abstrata e subjetiva, parece ocorrer em populações sócio-educacional e culturalmente menos favorecidas. Segundo McDougall (1994), este tipo de comunicação seria o resultado de um déficit no desenvolvimento da função simbólica que levaria as representações mentais do afeto a seguirem uma via corporal e não psíquica. Porém, Fortes (1995), ao questionar a validade de aplicação do conceito a populações de baixo nível sócio-educacional, afirmou que a explicação poderia ser outra. Segundo ela:

> *..."nestas populações, diferentes daquelas originais onde o conceito surgiu, o que observamos deixaria de ser patológico, podendo até ser característico da mentalidade ali vigente."* (p. 94).

A análise qualitativa dos relatos das mulheres dos dois grupos (páginas 46 e 47) não mostrou grandes diferenças em seus relatos frente às questões emocionais. De maneira geral elas mostraram não valorizar estas questões, ou não sabem como lidar com elas. Estas descobertas reforçam a hipótese da gênese cultural da alexitimia que propõe uma incapacidade cognitiva em relação aos estados emocionais e um estilo de comunicação menos subjetivo.

As implicações destes resultados, que associam a dor pélvica crônica à alexitimia, sugerem a necessidade de se considerar os aspectos psicológicos, a dimensão psíquica da pessoa doente na sua subjetividade construída e constituída dentro de uma realidade cultural que lhe é própria. Para que isto seja possível seria necessário ouvir o doente, como bem colocou Del Volgo (1998): *"...tanto a doença quanto seu romance revelam-se propriamente humanos e provêm de uma construção do doente"*; faz-se necessário elaborar uma *"historização"* da queixa, uma narrativa da doença, o que nos permitiria chegar às representações e aos significantes que são inerentes à sua condição pessoal e cultural de doente. (p. 29).

Nossa segunda hipótese, de que a prevalência de problemas psicossociais seria maior no GDP, teve confirmação parcial pelos dados da entrevista clinica. A análise qualitativa mostrou que as mulheres do GDP avaliaram pior sua vida escolar inicial (dificuldade de aprendizagem), sua adolescência (rigidez paterna) e se auto-avaliaram de forma negativa (ver página 45). Houve também diferenças entre os grupos quanto aos planos para o futuro: o GDP apresentou, com maior freqüência, expectativas mais concretas, externas e objetivas tais como melhora financeira, comprar casa e carro; enquanto o GNP referiu que esperava voltar a estudar, ter filhos, ter mais tempo para si mesma e ser feliz, ou seja, maior investimento subjetivo.

A hipótese de uma relação entre problemas psicossociais e índice mais elevado para alexitimia se confirmou tanto pela análise quantitativa, que indicou um índice no TAS-20 maior do que 50 para o GDP, quanto pela análise qualitativa, que evidenciou mais problemas de auto-conceito entre as mulheres do GDP. Quando se comparou o sub-grupo de mulheres unidas do GDP com as unidas do GNP, os resultados mostraram o mais alto índice para alexitimia entre as mulheres unidas portadoras de dor pélvica crônica. Ter uma pessoa próxima não significou melhora na expressividade emocional e afetiva destas mulheres, talvez por que esta capacidade dependa muito mais de fatores internos e subjetivos do que de contingências externas facilitadoras. Por não terem desenvolvido a capacidade de sentir e identificar afetos, falta-lhes empatia para compreenderem o afeto no outro.

A dor é uma eloqüente forma de expressão das mais variadas patologias. Na atualidade, muito se conhece sobre os elementos fisiológicos e bioquímicos da sensação de dor, especialmente em seu estágio inicial. Estudos do modelo experimental da dor e da psicofísica ajudaram a elucidar os mecanismos da dor, mas se afastaram da questão subjetiva e social do sofrimento. Como afirmou Sullivan (2001),

> *"focalizando-se nas causas físicas da dor mais do que nas razoes do sofrimento, a perspectiva biomédica torna obscuro o inevitável elemento moral na avaliação da dor."* p.155.

A dor crônica, estimada entre 25% e 30% da população de países industrializados, conforme Verhaak (1998), é considerada hoje um dos maiores problemas de saúde. Ela envolve fenômenos multidimensionais complexos, diante dos quais é necessária uma postura cuidadosa e responsável. Não se pode, conforme Del Volgo (1998), *"validar o comprometimento somático para invadir e ofuscar o todo do discurso e da relação médico-paciente."*(p. 190). Contudo, intervenções psicossociais que buscassem investigar o contexto no qual ocorre a doença deveriam ter a mesma atenção que aquela que é dispensada aos componentes físicos dos sintomas.

Cabe aqui reafirmar que as mulheres portadoras de dor pélvica crônica, prejudicadas pelas dificuldades para lidar com seus sentimentos e emoções e por um estilo de comunicação pobremente articulado na questão afetiva desde a infância, tal como encontradas neste estudo, apresentavam uma falta de *"consciência afetiva"* (Vygotsky, 1996) que interfere na capacidade para diferenciar a vida psíquica da vida orgânica.

O desenvolvimento da afetividade infantil representa a base da consciência afetiva. Para Krystal (1988), o que ocorre em primeiro lugar em termos de desenvolvimento afetivo são respostas afetivas da criança como modos de comunicação que evoluem como sinais para as outras pessoas. Num primeiro estágio, tais respostas refletem o estado do bebê e ao começar a andar, a criança as utiliza para seu próprio controle e para mostrar suas necessidades a quem a cerca. Quando fatores de seu meio ambiente são desfavoráveis, *"cada passo no desenvolvimento afetivo pode tornar-se um ponto de fixação e determinar a natureza de futuros problemas afetivos"* (Krystal, 1988). (p. 17).

A falta de consciência afetiva apresentada pelas mulheres alexitímicas portadoras de dor interfere na capacidade de engajar-se num processo de auto-observação e de empatia, dificulta a vinculação com o meio social e o acesso aos instrumentos culturais que enriqueceriam a atividade cognitiva. Não tendo ao seu dispor esta bagagem subjetiva, restou às pacientes que sofriam dor crônica, apenas um tipo de reação arcaica, somática e dependente, tal como afirmou McDougall (1996). Elas poderiam estar reagindo de foram primitiva e alexitímica como uma defesa contra situações traumáticas, um mecanismo utilizado para sobrevivência em situações difíceis, tais como enfrentar dor constante (Krystal,1988). Nesses casos, a reação somática seria decorrente de um estado alterado de consciência que provocaria uma constrição das funções de memória, imaginação e solução de problemas. Sem potencial interno para enfrentar as contingências cotidianas adversas, as pacientes alexitímicas com dor buscariam, sistematicamente, na assistência médica, ajuda na solução de seu problema.

No momento desta busca é importante que as ciências da saúde procurem ouvir a paciente para que sua dimensão subjetiva seja partilhada com o profissional que a acompanha. A paciente doente deve ser vista como pessoa e não como um objeto de investigação, pois a atitude de focalizar a atenção a um órgão provoca nela uma abertura para uma estranha alteridade, reforçando sua problemática do distanciamento subjetivo. É preciso ouvir a história pessoal da paciente doente, o sentido que os sintomas têm para ela. É a partir do que lhe ocorre que ela reordena os significantes de sua história. Algumas vezes, é nas vivências da infância, nas nuances do desenvolvimento infantil, permeadas pelas experiências afetivas que alicerçam as representações internas e são a base do funcionamento cognitivo, que se encontram as respostas para as dificuldades de saúde do adulto. Quando a representação mental do corpo e do funcionamento dos órgãos não se constrói no decurso do desenvolvimento infantil, a diferenciação entre o psíquico e o somático fica prejudicada, provocando falhas na tradução subjetiva e na expressão, pela via psíquica, das sensações corporais.

As características básicas do paciente alexitímico são estas falhas nas representações internas do afeto e as dificuldades na expressão verbal das emoções. Estas dificuldades psicológicas, cuja etiogênese pode estar na deterioração da capacidade de

vincular-se, derivada de falhas no processo de desenvolvimento da criança que vive num ambiente familiar atípico, provocam distanciamento afetivo, falta de empatia, baixa tolerância às frustrações, humor instável e auto-controle rígido, que interferem na qualidade de vida dos pacientes alexitímicos. Tais pacientes, quando portadores de doenças crônicas, têm uma dificuldade adicional: não se beneficiam com tratamentos padronizados. Esta é uma questão complexa: frente a uma paciente de difícil abordagem e que apresenta dificuldade na expressão verbal de seus estados emocionais, que alternativas teria o profissional de saúde para ajudá-la? Como se pode utilizar a técnica proposta por Del Volgo (1998), segundo a qual o profissional de saúde deve criar, viabilizar, estimular e ouvir a história da doença relatada pela paciente, para que ela possa transferir seus sentimentos (amor ou ódio) do órgão doente para ao médico ou profissional 'psi'?. (p. 191). Com algumas pacientes este poderia ser um caminho estéril, uma atitude clínica que poderia provocar mais uma frustração do que um benefício à paciente crônica, já descrente da possibilidade de resgatar sua saúde. Como afirmou Krystal (1988), *"temos uma falsa expectativa de que todos os pacientes têm à sua disposição as funções afetivas necessárias para a utilização em psicoterapia"*. (p. 242).

As respostas a estas questões são difíceis porque ainda não se tem estudos que embasam qualquer afirmação sobre condutas clínicas mais benéficas, seguras e eficazes. Sabe-se que

> *"a abordagem terapêutica a pacientes com alexitimia e doença somática deve possibilitar o aumento da consciência emocional e a capacidade para regular e modular tensões instintivas e excitação emocional através de processos cognitivos"*. (Taylor, 1991, p. 159).

Este é um grande desafio que temos a enfrentar, pois precisamos nos embrenhar por caminhos apenas superficialmente conhecidos. A ciência psicológica ainda engatinha na questão da subjetividade. No entanto, precisamos oferecer ao paciente que sofre dor crônica alguma ajuda, para que ele se reorganize internamente e assim reorganize seu importante papel na família e no meio em que vive. Para tanto, o profissional de saúde que assumir esta tarefa deve considerar algumas propostas encontradas na literatura científica, especialmente em Taylor (1991), Krystal (1988), Grace (2000), Haviland (2000), Porcelli

(2001) e Norwood (2001), que podem ser aplicadas aos pacientes com dor crônica e que apresentam alexitimia. Estas propostas foram enfatizadas a seguir.

- A abordagem terapêutica deve usar técnicas que possam aumentar a consciência emocional e a capacidade para modificar, através de processos cognitivos, as tensões internas. Propõe-se que as pacientes alexitímicas sejam estimuladas a fantasiar, a usar o pensamento reflexivo e a comunicação verbal e a partilhar seus sentimentos com os outros. A técnica terapêutica deve fornecer-lhes noções sobre a limitação, em duração e intensidade, de estados de excitação emocional, para que desenvolvam tolerância a estes estados. Assim, podem responder de forma mais efetiva a eventos estressantes de sua vida pessoal e de suas relações interpessoais. Neste sentido, a terapia de grupo, associada à individual, é bem indicada.

- O terapeuta pode mostrar à paciente exemplos de situações em que ela reage de forma diferente de outras pessoas ao experimentar emoções, principalmente como reações fisiológicas e sensações corporais, mais do que como sentimentos. É preciso mostrar a ela sua tendência a ampliar sensações corporais, utilizando-se de intervenções psicoterápicas e de técnicas de relaxamento autógeno ou biofeedback. Assim pode-se melhorar sua capacidade de auto-regulação de funções fisiológicas.

- Fornecer ajuda no sentido de que a paciente reconheça, diferencie, qualifique e se localize em relação a seus sentimentos, engajando-se num processo de auto-observação. Esta atitude clínica pode auxiliá-la, com o tempo, a externar suas emoções através da linguagem e a dirigir sua atenção às expressões comportamentais da emoção, pois estes têm conexão com sentimentos.

- Enfatizar que as emoções não devem ser suprimidas ou descarregadas por ação imediata, mas são sinais que devem passar por reflexão para que as respostas nas relações interpessoais sejam melhores.

- A paciente alexitímica dependente muitas vezes tem altas expectativas quanto aos tratamentos médicos tradicionais e isto interfere no tratamento e na relação que ela estabelece com o profissional que a assiste. Neste caso, deve-se trabalhar com suas representações internas, inibição e auto-estima e ter o cuidado de não reforçar sua dependência.

- Enfim, o objetivo da assistência psicológica, que pode envolver não só técnicas psicoterápicas, mas também educacionais, visa a clarificação e interpretação dos déficits cognitivos e afetivos. É preciso elevar as emoções de um nível primitivo de experiência para um nível representacional amadurecido.

Para que estas propostas sejam efetivamente utilizadas pelo terapeuta, ele deve compreender a dinâmica e os componentes da emoção. Segundo Krystal (1988), são os componentes cognitivos, expressivos e hedônicos da emoção que possibilitam o reconhecimento dos sinais de um afeto.

O componente cognitivo permite perceber o significado do afeto, a mensagem da experiência afetiva : *"este significado esclarece, para o clínico, alguns aspectos do problema dos quais o paciente não tem consciência"*. (p. 3). Assim, a ansiedade e o medo, por exemplo, sinalizam a percepção de perigo, de que algo ruim vai acontecer. Porém, o medo se refere à possibilidade de perigo externo, real, enquanto a ansiedade provem de temores internamente derivados. Quando estes temores incluem falta de esperança, tornam-se depressão e envolvem sensações de perda e respostas de auto-censura e queixa. Na raiva, existe a idéia de que o afeto é ruim e a responsabilidade é atribuída a um fator externo.

O elemento expressivo do afeto refere-se ao componente fisiológico dos afetos – a reação do sistema nervoso autônomo.

O componente hedônico está relacionado à qualidade de prazer ou sofrimento, percebidos em graus variados de consciência.

A emoção tem ainda um aspecto ativador que influencia as funções corporais. Quando este aspecto é plenamente reconhecido, a unidade essencial do individuo torna-se clara, pois ele ativa os feedbacks que modificam o estilo cognitivo, alterando a natureza da avaliação da percepção ou impulso, o que, por outro lado, altera o estado afetivo. Desta forma, o efeito da emoção além de ativar o sistema nervoso autônomo, envolve toda a atividade psicobiológica de um indivíduo. (Krystal, 1988).

CONCLUSÃO

Esta pesquisa encontrou relação alexitimia e dor pélvica crônica. Tal como foi proposto em nossa primeira hipótese, a prevalência deste fenômeno foi maior entre as mulheres portadoras de dor pélvica crônica. Qual é a natureza desta complexa relação, como atuariam os fatores predisponentes e desencadeantes do fenômeno alexitimia, são questões que necessitam de novas investigações, preferencialmente do tipo qualitativas e também voltadas às pessoas próximas do individuo alexitímico.

A investigação qualitativa, utilizada para complementar os achados da avaliação quantitativa, evidenciou uma associação entre dificuldade de aprendizagem e alexitimia e nos possibilitou confirmar que as questões individuais e subjetivas eram menos valorizadas pelas mulheres do grupo de dor do que as do grupo não portador.

Ainda que não se tenha reafirmado, pelas pesquisas, a significância clínica da alexitimia entre pacientes somáticos (Kooiman, 2000), os resultados do presente estudo enfatizaram a necessidade de uma abordagem compreensiva multidimensional da paciente que sofre dor pélvica crônica. Novas perspectivas, segundo Grace (2000), teóricas, empíricas e clinicas devem ser introduzidas na assistência e pesquisa da algia pélvica crônica.

O que se propõe como novas fontes de investigação e ajuda terapêutica às pacientes com dor pélvica crônica é que sejam avaliados seus modos de perceber e lidar com suas próprias emoções, com seu sofrimento, não só físico, mas também psíquico, enquanto pessoa doente. Sugere-se ainda que pesquisas posteriores procurem estudar as relações ente experiências infantis com as figuras de ligação e dificuldades emocionais e afetivas na vida adulta da paciente com dor crônica, pois, segundo Bowlby (1982),

> ...*"existe uma forte relação causal entre as experiências de um individuo com seus pais e sua capacidade posterior para estabelecer vínculos afetivos, e que certas variações comuns desta capacidade, manifestando-se em problemas conjugais e em dificuldades com os filhos, assim como nos sintomas neuróticos e distúrbios de personalidade, podem ser atribuídas a certas variações comuns no modo como os pais desempenham seus papéis."* (p. 128).

SUMMARY

The term, Alexithymia was coined by Sifneos, in 1973, to describe a clinical concept that helps to understand the somatization resulting from affective-emotional difficulties. The main theme of this study is the relationship between quality of emotional expression and chronic pelvic pain. It is a subject that has not received much attention and therefore this study has a quantitative focus related to the total number of participants and a qualitative approach in relation to a random sample selection of 8 individuals from each group. The quantitative approach involved two groups with 80 women in each. One group consisted of women with chronic pelvic pain and the other, a group of women with no pain. The Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) was used to investigate the presence of Alexithymia. In the case of the qualitative approach, 8 women who were randomly selected from each group participated in a semi-structured clinical interview that investigated psychosocial data. The results demonstrated that the group of women with chronic pelvic pain had a poor educational level, poor income and a greater number of children. The TAS-20 index for this group was higher, especially in the subgroup of women with pain and in conjugal unions. The qualitative evidence revealed very few differences in the quality of life of the various groups. These differences were related to learning difficulties and future plans. The group of women who did have chronic pelvic pain demonstrated a higher frequency of difficulty in learning to read and write as well as expectations that were more objective, concrete and collective while the group with pain reported expectations individualistic, subjective and abstract. This study confirmed previous findings that related alexithymia and chronic pain with poor educational level and income.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACKLIN, M.W.; ALEXANDER, G. - Alexithymia and somatization, **J. Nerv. Ment. Dis., 176**:343-350, 1988.

ALEXANDER, F. - **La Medicine Psychosomatique,** Paris: Payot, 1977.

APFEL, R.J. & SIFNEOS, P.E. - Alexithymia: concept and measurement. **Psychotherapy and Psychosomatics, 32:**180-190, 1979.

APFEL-SAVITZ, R.; SILVERMAN, D.; BENNETT, M.I. – Group psychotherapy of patients with somatic illness and alexithymia. **Psychother. Psychosom., 28**:323-329, 1977.

BACH, M. et al. – Independency of alexithymia and somatization: a factor analytic study. **Psychosomatics, 37**:451-458, 1996.

BANKIER, B; AIGNER, M; BACH, M. – Alexithymia in DSM-IV Disorder. Comparative evaluation of somatoform disorder, panic disorder, obsessive-compulsive disorder, and depression. **Psychosomatics, 42(3)**: 235-240, 2001.

BARSKY, A.J.; KLERMAN, G.L. - Overview: hypocondriasis, bodily complaints, and somatic styles. **Am. J. Psychiatry, 140**:273-283, 1983.

BEIGUELMAN, B. – Curso prático de Bioestatística**,** 4ª ed. **Revista Brasileira de Genética** da Sociedade Brasileira de Genética, 1996.

BOLBY, J. – **Formação e Rompimento de Laços afetivos,** São Paulo Martins Fontes, 1982.

CHIZZOTTI, A. - **Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais**.2ª ed., São Paulo: Cortez Editora, 1995.

COX, B.J.; KUCH, K.; PARKER, J.D.A.; SHULMAN, I.D.; EVANS, R.J. – Alexithymia in somatoform disorder patients with chronic pain. **Journal of Psychosomatic Research, 28**(6):523-527, 1994.

COX, B.J. et al – Alexithymia in panic disorder and social phobia. **Compr. Psychiatry, 36**:195-198, 1995.

Declaration of Helsinki **– BMJ,** 2000, 321-913.

DEL VOLGO, MJ – **O Instante de Dizer.** 1ª ed. São Paulo Ed. Escuta, 1998.

EMDE, R.O. - Development terminable and interminable, II: Recent psychoanalitic theory and therapeutic considerations. **Int. J. Psychoanal. 69:**283-296, 1988.

FAVA, G.A.; MANGELLI, L; RUINI, C. – Assesment of psychological distress in the setting of medical disease. **Psychotherapy Psychosom.** 70(4):171-175, 2001.

FORD, C.F. – The somatizing disorders. **Psychosomatics,** 27(5):327-337, 1986.

FORTES, S.L. - **Alexitimia e aspectos sócio-educacionais - um estudo de fatores ligados à verbalização da emoção**. Rio de Janeiro, 1995.(Dissertação de Mestrado - Un. Fed. do Rio de Janeiro - Instit. de Psiquiatria).

GALIN, D. - Implications for psychiatry of left and right cerebral specialization. **Arch. Gen. Psych., 31:** 572-583, 1985.

GOZALEZ REY, F. – **Epistemologia Cualitativa y subjetividade.** Havana: Ed Academia. 1997.

GRACE, V.M.– Pitfalls of the medical paradigm in chronic pelvic pain **Clin. Obstet. Gynaecol. 14**(3)"525-539, 2000.

GREGORY, R.J. et al. – Measuring counterdependency in chronic pain. **Psychosom. Med., 61:**341-345, 1999.

GREGORY, R.J. et al. – Pain location and psychological characteristics of patients with chronic pain. **Psychosomatics, 41**(3):216-220, 2000.

GROSS, R.J.; DOEN, H. - Borderline syndrome and incest in chronic pelvic pain pacients. **Int. J. Psychiatry Med., 10:**79-96, 1980/81.

HALBE, H.W. e cols. - **Tratado de Ginecologia**. São Paulo: Ed. Roca, vol.1 e 2, 1987; p. 291-297; p. 1247-1263.

HAVILAND, M.G. et al. Alexithymia in women and men hospitalized for Psychoactive substance dependence. **Compr. Psychiatry, 35**:124-128, 1994.

HAVILAND, M.G. et al. Alexitymia: subscales and relationship to depression. **Psychother. Psychosom., 50**:164-170, 1998.

HAVILAND, M.G.; WARREN, W.L.; RIGGS, M.L. – An Observer scale to measure alexithymia. **Psychosomatics,** 41: 385-393, 2000.

HERANI, M.L.G. - **Normas para apresentação de dissertações de teses.** BIREME, 1999, apostila.

HOPPE, K. Hemispheric specialization and creativity. **The Psychiatric Clinics of North America, 11(3):** 303-316,1988.

HULLEY, S.B.; CUMMINGS, S.R. - **Designing clinical research,** Williams & Wilkins, 1988.

IEZZI, A.; STOKES, G.S.; ADAMS, H.E.; PILON, R.N.; AULT, L.- Somatothymia in chronic pain patients. **Psychosomatics, 35:**460-468, 1994.

JYVASJARVI, S. et alli – Somatizing frequent attenders in primary health Care. **Journal of Psychosomatic Research, 50**(4):185-192, 2001.

KAPLAN, C.D.; WOGAN, M. - Managementof pain through cerebral activation: an experimental analogue of alexithymia. **Psychother. Psychosom., 27:**144-153, 1976.

KIMBALL, C.P. - Conceptual development in psychosomatic medicine: 1939-1969. **Ann. Inten. Med. 73:**307-316, 1970.

KJERULFF, K.H et al. – Effectveness of hysterectomy. **Obstet. Gynecol.** 95(3):319-326, 2000.

KOOIMAN, C.G et alli – Is alexithymia a risk factor for unesplained Psysical symptoms in general medical outpatients? **Psychosomatic Medicine, 62**(6): 768-778, 2000.

KRYSTAL, H. - The genetic development of affects and affect regression. **Annual of Psychoanalysis, 2:**98-126, 1974.

KRYSTAL, H. - Alexithymia and the effectiveness of psychoanalitic treatment. **Int. J. Psychoan. Psychother., 9:**353-378, 1982.

KRYSTAL, H.; KRYSTAL, J.H. - **Integration and self-healing: affect, trauma, alexithymia**. Hillsdale, N.J., Analytic Press, 1988.

LA TAILLE, I.; OLIVEIRA, M.K; DANTAS, H – **Piaget, Vygotsky, Walon: Teorias Psicogenéticas em discussão.** São Paulo: Summus Editorial, 1992.

LANE, R.D., SCHWARTZ, G.E. - Levels of emotional awareness: a cognitive-developmental theory and its application to psychopathology. **Am. J. Psychiatry, 144:**133-143, 1987.

LEFF, J.P. - Culture and the differentiation of emotional states. **Br. J. Psych. 123:** 299-306,1973.

LESLEY, A.A., et alli – A debilitating syndrome in primary care. **Psychosomatics, 42**(1): 63-67, 2001.

LESSER, I.M.; LESSER, B.Z. - Alexithymia: examining the development of a psychological concept . **Am. J. Psychiatry, 140:**1305-1308, 1983.

LOAS, G.F. et al. – Is alexithymia a negative factor for mantaining abstinency? A follow up study. **Compr. Psychiatry, 38**:296-299,1997.

LOAS, G.F. et al. – Anhedonia, alexitymia and locus of control in unipolar major depressive disorders. **Psychopathology, 31:**206-212, 1998.

LOBATO, O. - O Problema da Dor. In. MELLO FILHO, J. e cols. - **Psicossomática Hoje**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1992. p. 165-178.

LUMLEY, M.A.; STETTNER, L.; WEHMER, F. - How are alexithymia and physical illness linked? A review and critique of pathways. **Journal of Psychosomatic Research, 41(6):**505-518, 1996.

LUZ, M.L.T. - **Natural, Racional, Social,**.Rio de Janeiro: Editora Campus, 1988..

MAC FADDEN, M.A. - **Contribuições da Psicanálise Contemporânea para o Estudo das Manifestações Psicossomáticas.** Campinas, 1993. [Tese doutorado - Universidade Estadual de Campinas].

MARTIN, J.B.; PIHL, R.O - The stress-alexithymia hypotesis: theoretical and empirical considerations. **Psychother. Psychosom. 43:**169-176, 1985.

MARTY, P. - **A Psicossomática do Adulto,** Porto Alegre: Edit. Artes Médicas, 1993.

MARTY, P.; de M'UZAN, M. - O pensamento operatório. **Revista Brasileira de Psicanálise, 28(1):**165-176, 1994.

MAC LEAN P.D. - Psychosomatic disease and "visceral brain". **Psychosom. Med., 11:**338-353, 1949.

MAXWELL, A.E. - **Multivariate Analysis in Behavioural Research,** Londres: Chapman and Hall, 1977.

MCDOUGALL, J. - Alexithymia: a psychoanalytic viewpoint. **Psychoth. Psychosom., 38:**81-90. 1982.

MCDOUGALL, J. – **Em Defesa de uma Certa Anormalidade: Teoria Psicanalítica,** Porto Alegre: Artes Medicas, 1991.

MCDOUGALL, J. – **Ilusão e Verdade no Palco Psicanalítico,** Rio de Janeiro Francisco Alves, 1992.

MCDOUGALL, J. – Corpo e linguagem: da linguagem do soma à linguagem da mente, **Ver. Bras. Psicanal., V.XXVIII(1**):75-97, 1994.

MCDOUGALL, J. - **Teatros do Corpo.** Martins Fontes, São Paulo, 1996.

MELLO FILHO, J. - **Psicossomática Hoje,** Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

MENDELSON, M.; HIRSCH, S.; WEBBER, C.S. - A critical examination of some recent theoretical models in psychosomatic medicine. **Psychosom. Med. 28:**363-373, 1956.

MINAYO, M.C.S. - O desafio do Conhecimento - **Pesquisa Qualitativa em Saúde** São Paulo:.Ed. Hucitec-Abrasco, 1992.

MULAIK, S.A.- **The Foundation of Factor Analysis.** New York McGraw-Hill, 1972.

NEMIAH J.C. - Alexithymia : theorethical considerations. **Psychoter. Psychosom., 28:**199-206, 1977.

NEUBERN, M.S. – O reconhecimento das emoções no cenário da Psicologia: implicações epistemológicas e reflexões criticas. **Psicologia: Ciência e Profissão, 21(2)**:62-73, 2001.

NORWOOD, A. – Psychological trauma, physical health and somatization. **Ann. Acad. Med. Singapore, 29(5)**:658-664, 2000.

PARKER, J. et alli - Fatorial validity of the 20 item TAS. **European Journal of Personality 7:**221-232, 1993.

PETERS, A.A. et alli - A randomized clinical trial to compare two different aproaches in women whit chronic pelvic pain. **Obstet. Gynecol**. **77:** 740-744, 1991.

PIAGET, J. – **Seis Estudos de Piaget,** 21ª ed. Ed. Forense Universitária, Rio de Janeiro, 1995.

PORCELLI, P; DE CARNE, M. – Criterion-related validity of thediagnostic criteria for psychosomatic research for alexithymia in patients with functional gastrointestinal disorders. **Psychotherapy Psychosomatic**, **70(4):** 184-188, 2001.

Programa Computacional: SAS System for Windows (Statistical Analysis System), versao 6.12. SAS Institute Inc, 1989-1996, Cary, NC, USA.

RAPKIN, A.J. et al. - History of physical and sexual abuse in women whit chronic pelvic pain. **Obstet. Gynecol., 79:** 92-96, 1990.

REED, B.D.; HAEFNER, H.K.; PUNCH, M.R.; ROTH R.S.; GORENFLO, D.W. - Psychosocial and sexual functioning in women with vulvidynia and chronic pelvic pain. a comparative evaluation. **Journal of Reproductive Medicine**, **45(8):** 624-632, 2000.

RESOLUÇÃO Nº 196, de 10 de outubro de 1996 - Conselho Nacional de Saúde. (Inf. Epidem. Do SUS - Brasil, ano V, nº 2, 1996).

ROSENTHAL, R.H. et al. - Assessing chronic pelvic pain: clinical use of the Eysenk Personality Questionnaire. **Journal of Psychosomatic Obstetrics and gynaecology, 12(suppl):**31-38, 1991.

ROSENTHAL, R.H. - Psicologia da algia pélvica crônica. In: LING, F.W. - Tratamento Atual da Algia Pélvica Crônica. **Clínicas Obstétricas e Ginecológicas da América do Norte, 4:**641-656, 1993.

ROSS, E.D. et al.. - How the brain integrates affective and propositional language into a unified behavioral function. **Arch. Neurol., 38:** 745-748, 1981.

SCHOTT, G.D. – Delayed onset and resolution of pain: some observations and implications. **Brain, 124:** 1067-1076, 2001.

SIFNEOS, P.E. The prevalence of “alexithymic” characteristics in psychosomatic patients. **Psychother. Psychosom., 22:**255-262, 1973.

SIFNEOS, P.E. Problems of psychotherapy of patients with alexithymic characteristics and physical disease. **Psychother. Psychosom., 26:** 65-70, 1975.

SIFNEOS, P.E.; APFEL-SAVITZ, R. FRANKEL, F.H. - The phenomenon alexithymia. **Psychother. Psychosom., 28:**47-58, 1977.

SIFNEOS, P.E. - Alexithymia: past and present. **Am. J. Psychiatry**, **153(7):**137-142, 1996.

SILVA, J.A.C. - O Mal do Século XXI. **Revista Isto É, nº 1470**, p. 5-7 Dez/1997.

SRIRAM, T.G. et al – Controlled stydy of alexithymic characteristics in patients with psychogenic pain disorder. **Psychother. Psychosom. 47**:11-17, 1987.

STOUDEMIRE, A.- Somatothymia. **Psychosomatics, 32(4):**365-381, 1991.

STOUT, A. L. - Relationship of laparoscopic finding to self-report of pelvic pain, **Am. J. Obstet. Gynaecol.** 164:73-79, 1991.

SULLIVAN, M.D. – Finding pain between minds and bodies. **The Clinical Journal of pain, 17:** 146-156, 2001.

TABACHNICK, B.G; FIDELL, L.S – **Using Multivariate Statistic,** 4ª ed. Allyn&Bacon. Needham Heights, MA, USA, 2001.

TAYLOR, G; DOODY, K. - Psychopathology and verbal expression in psychoneurotic patients. **Psychother. Psychosom. 38**:121-127, 1982.

TAYLOR, G. Alexithymia: concept, measurement and implications for treatment, **Am. J. Psychiatry. 141**:725-732, 1984.

TAYLOR, G; RYAN DP; BAGBY, R.M. – Toward the development of a new self-report alexithymia scale. **Psychother. Psychosom. 44**:191-199, 1985.

TAYLOR, G.; BAGBY, R.M – Measurement of alexithymia: recommendations for clinical practice and future research. **Psychiatr. Clin. North Am. 11**:351-366, 1988.

TAYLOR, M.B.; BAGBY, R.M.; PARKER, J.D.A. - The alexithymia construct - a potential paradigm for psychosomatic medicine. **Psychosomatics, 32(2):** 153-164, 1991.

TAYLOR, M.B. et al. - Alexithymia and somatic complains in psychyatric out-patients. **J. Psychos. Research, 36**(5):417-424, 1992.

TURATO, E.R. – **Construção da Metodologia da Pesquisa Clinico-Qualitativa: Sistematização de Recursos Teóricos e Aplicação no Setting dos Cuidados com a Saúde.** Trabalho para pós-doutorado no Instituto de Clinica Psiquiátrica, Faculdade de Medicina e Cirurgia Universidade dos Estudos de Pádua – Itália, 1998.

VERHAAK, P.F.M.; KERSSENS, J.J.; DEKKER, J; SORBI, M.J.; BENSING, J.M..– prevalence of chronic benign pain disorder among adults : a review of the literature. **Pain, 77**: 231-239, 1998.

VYGOTSKY, L.S. – **A Formação Social da Mente.** 5ª ed. Ed Martins Fontes, São Paulo, 1996.

VOLICH, R.M. - **Psicossoma II.** Casa do psicólogo, São Paulo, 1998.

VOLICH, R.M. – **Psicossomática,** Casa do Psicólogo, São Paulo, 2000.

VON RAD, M.; LALUCAT, L.; LOLAS, F. - Differences in verbal behaviour in psychosomatic and psychoneurotic patients. **Psychother. Psychosom., 28**:83-97, 1977.

WALKER, E.A. et al. - Dissociation in women whit chronic pelvic pain, **Am. J, Psychiatry, 149**:534-547, 1992.

WARING, E. - The role of family in symptom selection and perpetuation in psychosomatic illness. **Psychother. Psychosom., 28**:83-97, 1977.

WEXLER, B.E. : Cerebral laterality and psychiatry : a review of the literature. **Am. J. Psych. 137**: 279- 291, 1980.

WISE, T.N.; MANN, L.S.; JANI, N.; JANI, S. - Illness beliefs and alexithymia in headache patients. **Headache, 34(6):**362-365, 1994.

WOLF, H. - The contribution of the interview situation to the restriction of phantasy life and emotional experience in psychosomatic patients. **Psychother. Psychos. 28**:58-68, 1977.

ZEITLIN, S.B.; LANE, R.D.; O'LEARY D.S. - Interhemispheric transfer deficit and alexithymia. **Am. J. Psych., 146**:1434-1439, 1989.

ANEXOS

ANEXO I (TERMO DE CONSENTIMENTO)

Esta pesquisa tem como finalidade estudar a história de vida e a capacidade para expressar emoções em um grupo de mulheres com dor pélvica e em um grupo de mulheres não tem esta doença.

Estamos pedindo sua colaboração para que nós possamos conhecer mais as questões psicológicas envolvidas nesta doença e assim evitar tratamentos dolorosos e desnecessários.

Pede-se seu consentimento em responder a uma entrevista sobre fatos de sua infância, juventude e vida atual e também que responda a um questionário, chamado TAS-20, sobre como você lida com suas emoções.

Estas avaliações serão feitas pela psicóloga Marli Rodrigues Lunezo Guimarães de Oliveira, com registro profissional no Conselho Regional de Psicologia nº- 3188-06.

É importante que você saiba que as informações que você nos fornecer terão como única finalidade o estudo do problema da dor pélvica crônica, com o objetivo de melhorar o atendimento às pacientes que apresentam esta doença. Os princípios éticos profissionais e científicos serão respeitados.

Garantimos sigilo quanto ao seu nome ou qualquer outro tipo de identificação, assim como quanto às informações que serão obtidas.

Você tem a liberdade de se recusar a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase do estudo, sem prejuízo algum.

Conforme as normas acima descritas, aceito participar deste estudo.

_____

Campinas, _____ de _____ de 199__

ANEXO II – TORONTO ALEXITYMIA SCALE (TAS-20)

sexo:..... **idade:.....** **escolaridade:.....**

data:..... **renda:.....** **HC:.....**

profissão:.....

Marque: (1) se você discorda totalmente
(2) se você discorda em parte
(3) se você não discorda nem concorda
(4) se você concorda em parte
(5) se você concorda totalmente

	Discordo totalmente	Discordo em parte	não concordo nem discordo	concordo em parte	concordo totalmente
1) Freqüentemente eu me sinto Confuso em relação a qual Emoção estou sentindo.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
2) É difícil para eu encontrar as palavras certas para expressar meus sentimentos.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
3) Eu tenho sensações físicas que nem mesmo os médicos compreendem.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
4) Eu sou capaz de descrever meus sentimentos com facilidade.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
5) Eu prefiro analisar os problemas em vez de descrevê-los.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
6) Quando estou perturbado, não sei se estou triste, assustado, ou com raiva.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
7) Freqüentemente fico confuso com as sensações em meu corpo.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
8) Eu prefiro simplesmente deixar as coisas acontecerem em vez de entender porque elas ocorreram Daquela maneira.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
9) Eu tenho sentimentos que não Consigo identificar.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

	Discordo totalmente	Discordo em parte	não concordo nem discordo	concordo em parte	concordo totalmente
10) É essencial estar em contato com as nossas emoções.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
11) Eu acho difícil descrever como me sinto em relação às pessoas.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
12) As pessoas me dizem para explicar mais os meus sentimentos.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
13) Eu não sei o que se passa dentro de mim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
14) Freqüentemente não sei porque estou com raiva.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
15) Eu prefiro conversar com as pessoas sobre suas atividades do dia a dia do que sobre seus sentimentos.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
16) Eu prefiro assistir a diversões leves que a dramas psicológicos.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
17) É difícil para mim, revelar os meus sentimentos mais profundos, mesmo para os meus amigos mais íntimos.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
18) Eu consigo me sentir próxima a alguém, mesmo em momentos de silêncio.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
19) Eu acho que examinar meus sentimentos é útil para resolver problemas pessoais.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
20) Procurar significados ocultos em peças ou filmes tira o prazer da diversão.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

ANEXO III – ENTREVISTA CLÍNICA

I- DADOS PESSOAIS

NOME:_____ HC:_____

DATA DE NASCIMENTO:_____ IDADE:_____

OCUPAÇÃO:_____

ESTADO CIVIL:_____ FILHOS:_____

ESCOLARIDADE:_____

RELIGIÃO:_____

COR:_____

NÍVEL SÓCIO-ECONÔMICO:_____

II- DADOS SOBRE A DOENÇA

INÍCIO:_____

CARACTERIZAÇÃO DA DOR:_____

_____

DURAÇÃO:_____

FREQÜÊNCIA:_____

GRAU DE INCAPACIDADE FÍSICA:

SEVERO ( ) MÉDIO ( ) INEXISTENTE ( )

III- HISTÓRIA DE VIDA

1- EVOLUÇÃO DA DOENÇA

Relato pessoal sobre o início do problema, primeiras crises, qualidade de vida atual e efeitos psicológicos da doença.

2- INFÂNCIA

Dados sobre a qualidade de vida na infância, relacionamento com os pais (atitudes educativas e disciplinares), com os irmãos, saúde e vivências neste período.

3- ESCOLARIDADE

Idade do inicio da escolarização, processo de alfabetização, relacionamento social e adaptação ao ambiente escolar, dificuldade de aprendizagem, tempo de freqüência à escola.

4- ADOLESCÊNCIA

Puberdade, primeiras experiências sexuais, vida social, lazer e fatos marcantes na adolescência.

5- VIDA ATUAL

Familiar, social, amigos, saúde, qualidade de vida sexual, afetiva, econômica e profissional, abuso de substâncias.

6- AUTO AVALIAÇÃO

O que pensa de si mesma?

7- PLANOS PARA O FUTURO

ANEXO IV – RESULTADOS DA ANÁLISE DE COVARIÂNCIA DOS 3 FATORES – TAS-20

Resultados da Análise de Covariância para verificar diferenças entre grupos, união conjugal e trabalho, para os pontos no fator 1 do TAS-20.

Variáveis	p-valor
União conj. A	0,2380
Trabalho A	0,8095
Grupo	0,0001
União conj. A*	0,1358
Trabalho A*	0,7270
Covariáveis	
Idade	0,7279
Escolaridade	0,3165
Salário A	0,1977
Filhos A	0,9065

Médias de pontos no fator 1, ajustadas para as covariáveis em cada grupo: GDP= 17,93 e GNP= 12,91

Resultados da Análise de Covariância para verificar diferenças entre os grupos, união conjugal e trabalho, para os pontos do fator 2 do TAS-20

Variáveis	p-valor
União conj A	0,6004
Trabalho A	0,0742
Grupo	0,7342
União conj. A*	0,1651
Trabalho A*	0,5614
Covariáveis	
Idade	0,4437
Escolaridade	0,2040
Salário A	0,4637
Filhos A	0,4943

Médias dos pontos no fator 2, ajustadas para as covariáveis em cada grupo: GDP= 12,32 e GNP= 13,12

Resultados da Análise de Covariância para verificar diferenças entre os grupos, união conjugal e trabalho para os pontos no fator 3 do TAS-20

Variáveis	p-valor
União conjugal A	0,1931
Trabalho A	0,3316
Grupo	0,0001
União conj. A*	0,0414
Trabalho A*	0,8417
Covariáveis	
Idade	0,6586
Escol.	0,6102
Salário	0,0273
Filhos	0,3483

Médias de pontos no fator 3, ajustadas para as covariáveis em cada grupo: GDP= 20,81 e GNP= 18,48.

ANEXO V – DADOS DO GRUPO PORTADOR DE DOR PÉLVICA CRÔNICA

Tabela I - Dados brutos de identificação e do TAS-20 do grupo de dor pélvica (GDP)

								pontuação no TAS-20																					
Suj	**Idade**	**Esc**	**Prof**	**Sal**	**Est C**	**Fil**	**Rel**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**	**18**	**19**	**20**	**total**
1	46	1ºg i	faxineira	2	sep	3	cat	4	1	4	1	5	1	5	1	4	4	4	1	4	1	5	1	1	5	1	1	54
2	21	1ºg i	peq empr	2	sep	s f	n t	1	1	1	1	5	1	5	1	1	3	1	5	1	2	5	5	1	5	1	1	47
3	44	2ºg	secret	4,5	solt	s f	cat	3	1	4	1	1	1	3	3	1	1	1	1	3	1	5	5	1	1	3	2	42
4	36	1ºg i	do lar	7	cas	4	cat	4	4	2	1	2	1	1	2	4	1	5	1	4	2	5	3	1	2	5	1	51
5	31	1ºg i	do lar	2	cas	4	cat	4	5	1	1	1	1	5	5	4	1	5	4	5	5	5	1	5	1	5	5	69
6	31	1ºg i	do lar	8	cas	3	evang	4	5	3	4	1	5	5	5	5	1	4	1	4	5	5	5	1	1	2	1	67
7	33	2ºg i	vend	4	cas	4	cat	5	5	5	5	1	4	5	1	5	1	1	1	5	1	5	1	5	1	1	1	59
8	45	1ºg i	do lar	3	cas	3	cat	1	5	5	1	3	5	5	4	4	1	2	1	1	5	4	5	1	4	1	5	63
9	45	1ºg i	do lar	2	cas	4	evang	4	5	5	3	3	1	5	4	4	1	5	1	3	1	5	5	5	2	1	1	64
10	35	1ºg i	do lar	3	cas	3	evang	4	5	5	4	1	1	5	2	1	1	4	1	5	4	5	2	4	1	1	3	59
11	36	2ºg	do lar	1	cas	4	evang	3	1	5	1	1	1	1	1	1	1	4	1	1	1	5	4	1	1	4	5	43
12	44	1ºg i	lavadeira	7	cas	4	evang	1	2	5	2	1	1	1	1	1	1	4	1	5	1	5	4	5	5	1	3	50
13	45	1ºg i	do lar	5	cas	1	cat	3	1	4	2	5	5	4	4	4	1	5	1	3	4	5	5	5	1	2	3	67
14	44	1ºg i	faxineira	2,5	viuva	s f	evang	4	1	1	2	5	4	1	2	5	5	1	1	5	1	5	5	1	1	5	3	58
15	39	1ºg i	do lar	4	cas	2	cat	5	5	5	1	5	1	5	5	5	4	5	1	5	5	5	1	1	1	2	2	69
16	41	1ºg i	do lar	2	cas	2	cat	5	1	1	1	5	1	5	4	4	1	1	1	5	5	5	5	1	1	1	1	54
17	35	1ºg i	do lar	13	cas	2	cat	4	2	1	4	5	1	1	2	1	5	1	4	1	1	5	5	4	1	1	1	50
18	37	1ºg i	comerc	7	cas	3	evang	5	1	4	1	1	4	5	4	4	2	1	1	1	4	3	5	1	1	1	1	50
19	36	1ºg i	cabel	3	cas	2	cat	4	5	5	2	1	5	5	5	5	1	5	5	5	5	5	5	5	2	2	5	82
20	33	1ºg i	oleira	2	cas	1	cat	5	5	5	4	2	5	5	5	5	1	4	5	5	1	4	5	5	1	5	3	80
21	38	1ºg i	doceira	3	cas	3	cat	5	5	5	5	1	1	5	1	5	1	5	1	2	1	5	5	1	1	5	2	62
22	39	1ºg i	emp dom	3	cas	2	cat	1	5	1	4	2	5	5	1	5	2	4	2	4	5	4	3	5	1	1	3	63
23	44	1ºg i	do lar	5	cas	2	cat	4	5	5	5	2	5	5	5	4	1	5	5	4	3	3	5	5	4	1	2	78
24	35	2ºg	vended	3	cas	s f	cat	5	4	4	2	5	1	4	2	4	1	4	4	2	5	5	2	1	1	1	1	58

25	23	1ºg i	do lar	6	cas	2	cat	1	5	1	2	3	5	4	5	1	1	5	2	1	1	5	2	5	4	1	5	59
26	25	2ºg	op caixa	2,5	cas	s f	evang	5	5	5	4	5	1	4	1	5	5	5	4	1	5	1	5	5	5	5	4	80
27	41	1ºg i	emp dom	3,5	cas	4	cat	5	5	5	2	1	1	5	5	5	1	5	2	4	4	4	4	5	1	2	3	69
28	34	1ºg i	do lar	3	cas	2	cat	5	2	5	1	1	5	5	1	5	1	1	2	4	4	4	5	5	4	2	1	63
29	34	1ºg i	comerc	20	cas	2	n t	4	4	5	2	5	4	5	5	5	1	4	1	2	2	5	1	1	1	1	1	59
30	45	1ºg i	faxineira	2	cas	3	cat	5	5	5	5	1	2	5	1	5	5	5	1	5	2	2	5	1	5	1	5	71
31	42	2ºg	baba	6	sep	3	cat	1	1	4	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	3	1	1	1	1	4	30
32	29	1ºg i	do lar	5	cas	3	evang	5	5	5	1	5	2	5	1	1	1	5	5	5	1	5	5	5	4	5	5	76
33	37	2ºg	do lar	2	cas	2	cat	5	3	4	4	2	5	1	1	2	2	5	3	5	4	5	1	1	1	1	1	56
34	42	2ºg	secret	4	sep	2	cat	5	1	5	5	5	2	2	1	1	1	1	1	5	2	3	5	1	1	1	1	49
35	44	1ºg i	emp dom	1,5	cas	2	cat	5	5	5	5	5	2	5	5	5	1	5	4	5	5	5	3	5	5	2	3	85
36	34	2ºg	desemp	8	cas	s f	cat	5	5	1	1	5	1	1	5	1	1	1	1	1	5	5	5	5	1	1	1	52
37	37	1ºg i	faxineira	2	cas	3	evang	1	1	4	1	2	1	5	2	1	1	1	1	1	1	1	3	1	1	1	3	33
38	39	1ºg i	do lar	3	cas	3	evang	5	1	5	1	5	1	5	5	1	2	4	3	5	5	3	5	5	1	1	3	66
39	28	1ºg i	f publ	2,5	cas	2	cat	5	5	5	4	2	5	5	5	5	2	5	5	5	5	5	1	5	5	2	1	82
40	31	2ºg	cozinh	4,5	cas	1	evang	5	1	5	1	1	5	1	1	1	2	1	1	5	5	5	5	1	1	4	1	52
41	38	1ºg i	comerc	6	cas	2	cat	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5	5	1	1	1	1	32
42	38	2ºg	peq empr	4,5	cas	2	cat	5	5	1	1	1	1	1	2	1	1	5	4	5	1	5	5	5	5	1	5	60
43	41	1ºg i	cozinh	3	cas	3	cat	1	1	1	1	4	1	1	1	5	4	5	1	3	1	5	5	1	1	5	3	50
44	38	1ºg i	desemp.	3,5	cas	1	evang	5	5	5	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	5	5	1	1	1	48
45	28	1ºg i	do lar	6,5	cas	1	cat	5	5	1	5	1	5	1	5	5	1	5	5	4	3	5	5	5	1	1	2	70
46	34	2ºg	do lar	10	cas	s f	cat	1	5	5	1	5	1	1	1	1	1	5	2	1	1	5	5	1	1	1	1	45
47	39	1ºg i	faxineira	3,5	cas	4	cat	5	4	1	1	5	1	5	1	5	1	5	2	5	5	5	4	1	1	1	1	59
48	28	1ºg i	do lar	4,5	cas	s f	evang	4	4	5	2	5	1	5	1	1	1	4	4	1	5	5	5	1	5	1	1	61
49	35	1ºg i	do lar	1	cas	3	cat	4	5	5	1	1	1	5	3	5	1	5	3	5	5	5	3	1	1	1	1	61
50	37	2ºg	secret	6,5	cas	s f	esp	1	1	5	1	5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5	5	1	1	1	1	36
51	45	1ºg i	do lar	4,5	cas	2	cat	5	1	5	1	2	1	5	5	2	1	1	1	1	3	5	5	5	2	1	5	57
52	38	1ºg i	emp dom	1	cas	4	cat	2	5	1	5	1	5	5	4	5	5	5	1	5	5	5	5	5	2	2	2	75
53	44	1ºg i	do lar	8	cas	3	cat	5	2	1	1	1	5	1	1	5	1	5	1	5	5	5	5	1	1	1	1	53
54	22	1ºg i	do lar	1,5	solt	s f	evang	2	5	3	5	2	1	5	1	4	2	5	4	4	1	3	3	5	2	4	3	64
55	40	1ºg i	do lar	5	cas	2	evang	1	5	5	2	5	1	5	5	2	1	1	1	1	1	4	1	1	4	1	2	49
56	34	1ºg i	faxineira	2	cas	1	cat	1	1	5	1	2	1	5	4	2	1	1	1	2	1	5	5	1	1	1	3	44

57	45	2ºg	emp dom	2	sep	3	cat	5	4	1	2	1	5	5	1	5	5	5	4	5	4	5	5	5	1	4	4	76
58	33	1ºg i	do lar	2	cas	3	evang	1	4	5	1	4	5	1	1	1	2	4	1	1	5	5	2	1	1	1	1	47
59	44	1ºg i	emp dom	2	cas	2	cat	5	5	5	1	2	5	5	1	5	1	5	4	4	1	4	3	1	1	1	4	63
60	44	1ºg i	vend	3	cas	s f	evang	5	1	5	5	5	1	5	1	5	1	1	1	4	5	4	5	1	1	1	4	61
61	33	2ºg	vend	6	cas	3	evang	1	1	1	1	3	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5	1	1	1	5	31
62	43	1ºg	emp dom	3,5	sep	3	cat	1	1	1	1	5	1	1	2	1	4	1	2	1	1	4	3	1	2	4	1	38
63	38	1ºg	do lar	3,5	cas	1	cat	5	1	5	1	2	1	1	1	5	2	5	1	4	1	1	5	5	1	5	5	57
64	31	1ºg i	cost	4	cas	1	cat	2	1	5	1	5	1	5	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	5	1	5	43
65	34	1ºg i	do lar	1	cas	1	cat	1	4	4	2	3	5	2	1	4	1	2	4	1	1	5	5	1	1	1	1	49
66	42	1ºg i	do lar	2	cas	3	evang	1	4	4	5	1	5	1	5	2	1	5	4	1	1	5	3	5	1	2	3	59
67	38	1ºg i	do lar	10	cas	5	cat	5	5	5	5	4	1	1	2	1	1	5	1	5	1	3	5	5	5	5	1	66
68	23	2ºg	aux adm	2,5	solt	s f	cat	1	1	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	1	5	5	5	1	1	1	36
69	35	1ºg i	mission	2	solt	s f	evang	4	1	4	1	1	4	5	1	5	1	5	1	1	1	1	5	5	1	1	1	49
70	26	2ºg	profes	4	solt	s f	evang	5	5	5	1	1	4	5	1	5	1	5	5	5	5	3	5	5	1	1	3	71
71	41	1ºg i	emp dom	5	cas	2	cat	5	1	5	1	5	5	5	1	5	5	1	1	4	1	5	5	1	4	1	3	64
72	34	1ºg i	emp dom	4	solt	s f	cat	5	5	1	2	5	5	4	1	5	2	5	1	4	1	5	5	1	1	1	1	60
73	39	sup	profes	13	cas	4	esp	1	4	5	2	1	1	4	4	2	1	5	4	5	1	5	5	5	1	1	1	58
74	39	2ºg	secret	8	cas	2	cat	1	2	1	1	5	5	1	1	1	1	2	1	5	1	5	4	1	2	2	1	43
75	37	1ºg	vend	5	cas	3	cat	5	5	5	5	1	1	5	1	1	1	5	5	5	1	5	5	1	1	1	5	64
76	40	1ºg i	emp dom	2	solt	1	cat	1	1	4	1	5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	5	1	5	1	3	38
77	30	2 ºg	desemp	3	cas	1	cat	1	5	5	5	5	1	4	5	2	3	5	1	5	5	5	5	5	1	5	5	78
78	35	1ºg i	faxineira	4	cas	2	cat	5	1	5	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5	5	1	5	1	4	44
79	30	1ºg	do lar	4	cas	3	cat	5	5	1	5	2	1	1	4	4	1	5	4	4	4	5	5	1	1	1	1	60
80	32	1ºg	do lar	20	cas	2	cat	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	3	5	1	2	2	1	30

ANEXO VI – DADOS DO GRUPO NÃO PORTADOR

Tabela II - dados brutos de identificação e do Tas-20 do grupo não portador (GNP)

								pontuação no TAS-20																			
Suj	**Idade**	**Escol**	**Prof**	**Sal**	**E Civ**	**Fil**	**Relig**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**	**18**	**19**	**20**	**total**
1	31	sup	peq emp	10	cas	s f	cat	1	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	2	1	5	1	1	1	1	1	29
2	40	sup	gerent	13	solt	s f	cat	1	1	2	5	2	2	5	4	1	1	1	1	1	1	3	2	1	1	1	1	37
3	39	1ºg i	escrit	6,5	cas	2	evang	1	1	5	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5	5	1	1	1	1	33
4	36	2ºg	caixa	8	cas	1	cat	5	4	5	1	5	4	1	1	5	1	1	2	4	1	4	5	1	4	1	5	60
5	40	1ºg i	do lar	2	cas	1	cat	5	3	1	5	5	1	1	5	1	1	3	2	5	1	5	5	1	1	1	1	53
6	31	1ºg i	do lar	2	cas	1	evang	1	4	1	5	1	1	4	5	1	1	5	5	5	5	3	5	5	1	2	1	61
7	21	2ºg	aux esc	2	solt	s f	cat	5	5	1	5	2	5	1	1	5	3	5	2	1	1	3	5	1	5	2	1	59
8	28	2ºg	operaria	3,5	solt	s f	cat	5	1	1	2	4	1	1	5	1	1	1	1	2	1	5	5	1	1	1	1	41
9	28	1ºg i	emp dom	3	cas	s f	evang	2	2	1	1	5	1	4	1	1	1	1	1	1	5	1	5	5	1	1	1	41
10	20	2ºg	func pub	6	solt	s f	cat	5	4	1	2	5	1	1	1	1	1	4	1	2	1	3	5	1	1	1	3	44
11	40	1ºg i	emp dom	5	cas	3	cat	4	5	5	5	1	1	4	1	5	1	5	5	5	5	1	5	5	1	1	1	66
12	32	1ºg	balcon	4,5	cas	1	evang	1	1	1	1	5	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	5	1	1	1	1	36
13	27	1ºg i	do lar	1,5	cas	1	cat	4	5	4	5	1	1	2	1	4	1	5	2	2	1	3	5	1	1	1	1	50
14	30	2ºg	comerc	3,5	solt	s f	cat	2	2	1	1	1	1	4	2	1	1	2	1	1	1	3	5	1	1	1	1	33
15	38	2ºg	secret	5,5	solt	s f	cat	5	5	1	5	2	4	1	2	5	1	5	4	2	1	5	4	5	1	1	1	60
16	48	1ºg	do lar	7	cas	3	cat	5	5	5	5	5	5	1	1	4	1	5	5	4	4	5	5	1	1	1	5	73
17	30	1ºg i	emp dom	2,5	solt	2	evang	1	1	1	5	1	1	1	2	1	1	5	3	4	1	5	5	4	2	5	1	50
18	36	1ºg i	do lar	10	cas	1	evang	1	1	1	1	2	1	1	4	1	1	1	1	1	1	2	4	1	1	2	1	29
19	27	2ºg	op caixa	5,5	cas	s f	cat	5	1	5	1	1	1	5	1	5	1	1	1	5	1	5	5	1	1	1	5	52
20	33	2ºg	aux cont	13	solt	s f	evang	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	5	5	1	1	1	1	30
21	39	sup	psicol	26	cas	s f	n t	5	5	4	1	3	1	1	3	4	1	5	1	4	1	4	4	1	1	1	1	51
22	23	1ºg	aj coz	2,5	cas	1	cat	5	5	1	5	1	1	1	1	4	1	5	5	4	1	5	5	5	4	1	1	61

23	40	2ºg	aux cont	9	cas	2	cat	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5	4	1	1	1	1	27
24	32	1ºg i	emp dom	4	cas	s f	cat	5	4	1	2	1	5	1	1	5	2	4	2	4	1	3	5	1	2	5	4	58
25	42	sup M	eng quim	11	solt	s f	cat	1	5	1	5	2	1	1	1	2	1	2	4	1	1	3	4	1	1	1	1	39
26	38	2ºg	do lar	1	cas	3	cat	5	5	2	1	1	4	5	5	4	1	5	4	2	1	2	2	5	1	1	1	57
27	33	2ºg	secret	4	solt	s f	cat	1	1	1	1	3	1	1	4	1	3	1	1	1	1	5	5	1	1	3	4	40
28	38	2ºg	peq emp	10	cas	1	cat	5	1	2	2	1	1	4	1	1	1	2	1	2	4	2	1	1	1	2	1	36
29	27	2ºg	tec alim	1	cas	s f	cat	1	1	4	1	5	2	1	1	1	1	1	1	2	1	2	5	1	1	1	2	35
30	35	1ºgi	lavradora	4,5	cas	1	cat	1	5	1	5	5	1	5	1	1	1	4	1	1	1	5	5	4	1	1	1	50
31	19	2ºgi	oper maq	1,5	solt	s f	cat	1	1	1	1	3	2	1	5	5	1	2	1	2	5	5	5	4	1	1	5	52
32	28	sup	gerent	8	cas	1	evang	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4	5	1	3	5	1	33
33	34	2ºg	emp dom	5	solt	s f	cat	1	2	1	1	5	1	4	1	2	1	1	4	1	1	5	5	1	1	1	1	40
34	28	sup i	aux adm	4	solt	s f	cat	5	5	1	1	5	1	1	1	4	1	1	1	1	1	5	5	1	1	1	1	43
35	27	2ºg	atend	1	solt	s f	cat	5	5	1	1	1	1	4	5	1	1	4	1	1	1	5	1	4	1	1	1	45
36	39	1ºgi	do lar	2,5	cas	3	n t	1	1	1	1	5	1	1	1	4	1	1	1	1	1	5	2	1	1	1	3	34
37	31	1ºgi	emp dom	2	cas	s f	cat	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1	2	1	2	5	1	1	1	3	30
38	19	1ºgi	emp dom	1,5	solt	s f	n t	1	1	1	4	5	1	5	1	5	1	4	2	4	1	1	5	4	1	1	1	49
39	23	2ºg	emp dom	6	solt	s f	cat	5	2	1	1	5	1	4	5	1	1	1	1	4	5	5	4	1	1	1	5	54
40	19	2ºg	secret	10	solt	s f	cat	1	1	1	1	1	2	4	4	3	1	2	1	1	1	5	3	1	1	1	1	36
41	21	2ºg	estud	2,5	solt	s f	cat	1	1	2	4	1	1	1	5	1	1	2	1	4	1	5	5	1	1	1	1	40
42	22	1ºgi	do lar	2,5	cas	s f	cat	1	1	1	5	1	4	4	4	1	1	4	2	1	1	3	4	1	2	2	1	44
43	31	1ºgi	vended	1	solt	2	evang	1	2	1	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	5	5	1	1	1	1	31
44	22	2ºg	do lar	2,5	cas	2	evang	5	5	1	5	3	2	5	5	5	1	5	4	4	5	5	5	2	1	1	1	70
45	45	1ºgi	do lar	4	cas	1	cat	2	1	1	1	1	1	1	1	5	1	1	1	4	1	5	5	2	1	1	1	37
46	33	2ºg	aux adm	10	solt	s f	cat	5	5	1	5	2	1	1	1	5	1	5	1	1	4	5	1	4	1	1	1	51
47	26	2ºg	enc prod	8	solt	s f	cat	5	5	1	4	5	4	1	4	1	1	2	1	1	5	5	5	1	1	1	1	54
48	30	sup	profes	4	cas	s f	esp	5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	5	1	1	1	1	30
49	38	1ºgi	emp dom	4	cas	2	cat	5	5	1	5	1	1	1	1	1	1	5	4	2	5	5	5	1	1	2	1	53
50	45	1ºg	cozinh	2	sep	3	cat	1	5	1	1	3	1	1	1	1	1	5	3	1	1	5	5	5	1	1	1	44
51	20	1ºg	estud	2	solt	s f	cat	1	5	1	1	1	1	2	2	5	1	5	2	1	4	2	5	1	1	3	1	45

52	42	1ºgi	aux limp	4,5	cas	2	evang	1	5	1	2	5	1	1	4	1	4	2	4	1	1	4	4	1	4	5	1	52
53	45	1ºgi	do lar	2	cas	2	cat	5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5	3	1	1	1	1	30
54	45	1ºgi	do lar	6,5	cas	6	cat	5	5	1	5	1	1	1	5	1	1	5	3	1	1	2	2	5	1	4	2	52
55	26	1ºgi	emp dom	5,5	cas	s f	cat	1	5	1	1	1	4	1	1	4	1	5	1	4	1	5	1	1	5	1	1	45
56	34	1ºgi	faxin	8,5	cas	1	cat	4	1	1	1	1	1	2	3	1	1	1	1	5	1	3	4	1	1	1	3	37
57	38	1ºgi	costur	12	cas	2	cat	5	5	5	1	1	1	5	1	5	1	5	5	4	4	5	5	1	1	1	1	62
58	43	1ºgi	do lar	4	cas	1	evang	1	5	1	5	1	1	1	1	1	1	5	3	1	1	5	5	5	1	1	1	46
59	26	1ºg	faxin	3	cas	1	evang	1	5	4	1	1	1	2	1	1	1	5	3	1	5	5	1	1	1	2	3	45
60	35	2ºg	bancaria	10	cas	2	cat	1	2	1	1	1	4	1	1	1	1	1	1	1	1	5	5	1	1	1	1	32
61	35	1ºgi	do lar	15	cas	2	cat	5	5	1	5	1	4	1	1	5	1	5	3	4	4	5	2	4	1	4	1	62
62	41	sup	advog	25	cas	4	cat	1	2	1	2	4	1	1	2	1	1	2	1	2	2	2	4	1	1	1	1	33
63	22	2ºg	estud	15	solt	1	cat	2	2	1	1	4	1	1	1	2	2	1	1	2	2	1	2	1	1	2	1	31
64	38	sup	caixa	3	cas	s f	cat	1	1	1	1	1	1	5	1	1	1	2	1	1	1	5	1	1	1	1	1	29
65	27	2ºg	vended	6,5	cas	s f	cat	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	28
66	26	1ºgi	costur	2,5	cas	s f	evang	1	5	1	1	1	1	1	4	1	1	5	1	1	1	5	2	1	1	1	1	36
67	28	sup	profes	13	solt	s f	cat	1	1	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	5	1	5	5	5	1	38
68	29	1ºgi	do lar	6	cas	s f	cat	1	3	1	1	1	4	1	1	2	4	1	1	2	2	1	4	2	5	4	3	44
69	33	1ºg	emp dom	1	solt	s f	cat	1	5	1	4	1	4	4	4	3	5	5	3	2	1	4	4	4	2	4	4	65
70	32	1ºg	oper maq	6,5	cas	s f	cat	1	1	1	4	5	1	1	1	1	1	5	1	1	1	5	5	1	1	1	1	39
71	37	1ºgi	do lar	1,5	cas	s f	n t	1	4	1	5	1	1	1	5	1	1	2	2	1	1	1	2	1	2	2	1	36
72	26	1ºgi	manicure	5,5	cas	s f	evang	1	5	1	4	5	1	1	1	1	1	4	1	1	1	5	5	1	1	1	1	42
73	29	2ºg	costur	4	solt	s f	cat	1	1	1	1	5	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	5	1	1	1	5	40
74	39	1ºgi	embalad	2	solt	s f	cat	5	5	1	5	1	4	1	5	5	1	4	2	4	5	4	5	1	1	1	1	61
75	22	2ºgi	do lar	2	cas	3	evang	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5	3	1	1	1	1	28
76	39	2ºg	artesa	6,5	cas	2	cat	1	1	1	5	1	1	1	5	1	1	2	1	1	1	5	5	4	1	1	1	40
77	36	1ºg	ven telem	10	cas	2	evang	3	4	1	1	5	1	1	2	1	1	1	1	1	1	3	5	1	1	2	1	37
78	24	1ºg	aun enf	5	solt	s f	cat	5	4	1	4	5	1	1	2	4	1	5	4	1	4	5	5	1	1	1	1	56
79	26	2ºg	aux esc	5,5	cas	s f	cat	1	2	1	1	1	1	1	4	1	1	2	1	1	1	3	2	1	1	1	1	28
80	41	sup	profes	15	cas	3	evang	1	2	1	2	5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	27