

Bestseller do New York Times

CURAR A DOR DE COSTAS

Conexão mente-corpo



Dr. John E. Sarno

ARENA

ÍNDICE

PREFÁCIO À EDIÇÃO DE 2016	9
INTRODUÇÃO	17
1. Manifestações da STM	25
2. Psicologia da STM	55
3. Fisiologia da STM	91
4. Tratamento da STM	103
5. Diagnósticos tradicionais (convencionais)	133
6. Tratamentos tradicionais (convencionais)	159
7. Mente e corpo	173
APÊNDICE: <i>Cartas de pacientes</i>	217

PREFÁCIO

à Edição de 2016

Estou muito satisfeito por a minha editora ter decidido reeditar *Curar a Dor de Costas*, pois deste modo tenho a oportunidade de transmitir aos novos leitores o contexto histórico e clínico em que o livro foi publicado pela primeira vez em 1991.

Já em 1965, devido à minha especialização médica em Medicina Física e de Reabilitação e enquanto diretor do Serviço de Cuidados de Ambulatório do Instituto Rusk de Medicina de Reabilitação, tratei um número acima da média de pacientes que sofriam de dores, a maioria nas costas. Tratar a dor de costas era, para mim, frustrante e deprimente, uma vez que me era impossível prever o desfecho. Como sou um médico que aprecia diagnósticos e tratamentos minuciosos, fui ficando cada vez mais perturbado ao longo dos anos com o facto de muitas vezes o padrão de dor de um paciente e os resultados obtidos nos exames físicos não corresponderem à presumível patologia. Por exemplo, a dor pode ser atribuída a artrite degenerativa nas estruturas osteoarticulares da última vértebra lombar observável em radiografia, porém é frequente o paciente sofrer de dores em locais que nada têm que ver com estas estruturas. A minha formação médica clássica ensinou-me a considerar a dor de costas como devida principalmente a anormalidades estruturais da coluna — o mais frequente a artrite ou lesões nas vértebras — ou uma

consequência da má postura, compressão dos nervos ou falta de exercício. Limitava-me a tratar os pacientes de acordo com a formação médica tradicional.

No início da década de 1970, comecei a reparar que a recuperação dos pacientes com as mesmas condições físicas parecia depender mais do grau de fé que depositavam em mim, enquanto médico, do que do tratamento físico que administrava. Comecei a pensar que a dor de costas era psicossomática, em particular porque a maioria dos pacientes que tratava tinha um historial de outras manifestações psicossomáticas. Desenvolvi uma nova teoria sobre a etiologia da perturbação da dor a que dei o nome de síndrome de miosite tensional, que mais tarde denominei com mais precisão de síndrome de tensão mioneural (STM), dando assim maior proeminência aos sintomas neurais do que ao envolvimento de músculos inflamados.

A teoria de que uma condição física como a dor de costas podia ser psicossomática desafiava as convenções e a minha formação médica. Contudo, o meu historial médico, a minha personalidade, a observação de milhares de pacientes com dor e a experiência de nove anos como médico de família deixaram-me recetivo à ideia. Testei a teoria alterando os protocolos de tratamento e enfatizando o papel das emoções na causa da dor, e os meus pacientes revelaram melhorias evidentes. Comecei a conseguir prever os que iriam, ou não, sair-se bem. Foi uma evolução emocionante na forma como tratava os meus pacientes e, em última análise, em como os conseguia ajudar.

Nos vinte e cinco anos que decorreram desde a primeira publicação de *Curar a Dor de Costas*, a incidência e o impacto da dor de costas aumentaram exponencialmente.¹ As estatísticas e os dados são surpreendentes. Mais de cem milhões de pessoas

¹ Freburger, J. K., G. M. Holmes, R. P. Agans, A. M. Jackman, J. D. Darter, A. S. Wallace, L. D. Castel, W. D. Kalsbeek e T. S. Carey (2009), «The Rising Prevalence of Chronic Low Back Pain», *Archives of Internal Medicine*, 169 (3), pp. 251-258.

são agora afetadas, o que representa para os Estados Unidos uma despesa de mais de cem mil milhões de dólares por ano, dos quais dois terços em salários e diminuição da produtividade.² O estudo «Global Burden of Disease», de 2010, analisou 291 perturbações de saúde e concluiu que a dor na região lombar era a principal causa de incapacidade e a sexta causa mais relevante em termos da saúde em geral.³ Quando medida em termos de esperança de vida corrigida pela incapacidade, ou esperança de vida saudável,⁴ a incidência da lombalgia aumentou cerca de 43% entre 1990 e 2010, o que faz prever que viver com incapacidade ultrapassará, em breve, o número de anos de vida perdidos devido a morte prematura.⁵

À medida que a incidência da dor de costas aumentou, a indústria farmacêutica foi introduzindo novos medicamentos analgésicos opioides e quadruplicou as vendas de opioides sintéticos. É possível que tal se tenha devido, em parte, à influência da indústria, mas muitos pacientes acolheram e encorajaram que assim fosse, talvez como resposta à crença de que a medicina moderna tem o poder de curar todas as doenças⁶ ou devido

² Katz, J. N. (2006), «Lumbar Disc Disorders and Low Back Pain: Socio-Economic Factors and Consequences», *The Journal of Bone and Joint Surgery Am.*, 88 (2), pp. 21-24; Dagenais, S., J. Caro e S. Haldeman (2008), «A Systematic Review of Low Back Pain Cost of Illness Studies in the United States and Internationally», *The Spine Journal*, 8 (1), pp. 8-20; Crow, W. T. e D. R. Willis (2009), «Estimating Cost of Care for Patients with Acute Low Back Pain: A Retrospective Review of Patient Records», *The Journal of the American Osteopathic Association*, 109 (4), pp. 229-233.

³ Hoy, Damian *et al.* (2014), «The Global Burden of Low Back Pain: Estimates from the Global Burden of Disease 2010 Study», *Annals of the Rheumatic Diseases*, 73 (6), pp. 968-974.

⁴ DALYS = *Disability Adjusted Life Years*. De acordo com a Organização Mundial de Saúde, o DALYS é um indicador que combina anos de vida perdidos devido a morte prematura e anos de vida vividos com algum tipo de incapacidade ou deficiência, ou seja, anos de vida saudável perdidos para limitações de saúde. Um DALY representa o equivalente a um ano perdido de vida saudável. (N. do T).

⁵ Smith, J. N. (2015), *Epic Measures: One Doctor. Seven Billion Patients*, Nova Iorque, HarperCollins Publishers.

⁶ Gounder, Celine (2013), «Who is Responsible for the Pain-Pill Epidemic?», *The New Yorker*, 8 de novembro.

ao desejo de aliviar o desespero provocado por uma vida com dor crónica e incapacidade. Em termos simples, a epidemia de dor crónica tem impacto na vida individual e familiar pois coloca inúmeros desafios físicos e emocionais que frustram a possibilidade de ter uma vida satisfatória, confortável e feliz.

Outra alteração de monta desde 1991 é o facto de os indivíduos participarem cada vez mais ativamente nas decisões relacionadas com a sua saúde — e houve uma grande mudança no modo como encaramos o bem-estar e a saúde. As pessoas têm agora acesso a informações médicas sem precedentes, em particular através da Internet, e os pacientes tornaram-se advogados da sua saúde. Também se verificou um aumento notável na literacia da população em geral, que se reflete no nível de sofisticação de publicações amplamente difundidas e no estabelecimento de centros e programas dedicados à saúde e ao bem-estar em comunidades de todos os tamanhos.

A mudança de autoridade do médico para o paciente, em grande parte devido ao acesso à informação clínica na *web*,⁷ levou a que os indivíduos sejam agora vistos como consumidores que devem ser responsáveis pela sua saúde.⁸ O facto de a STM ser um diagnóstico cujo tratamento é a educação encaixa na perfeição neste modo mais moderno de pensar. A minha opinião é de que a epidemia de dor crónica poderia ser revertida se mais médicos e pacientes compreendessem a STM.

Em 1992, a comunidade científica reconheceu a importância das emoções na saúde física quando o Congresso dos EUA mandou os Institutos Nacionais de Saúde criarem um Departamento de Medicina Complementar e Alternativa, que aproximou a investigação e as práticas mente-corpo da medicina tradicional.

⁷ Hartzband, P. e J. Groopman (2014), «How Medical Care is Being Corrupted», *The New York Times*, 18 de novembro.

⁸ Topol, Eric (2015), *The Patient Will See You Now: The Future of Medicine is in Your Hands*, Nova Iorque, Basic Books.

Este mandato estimulou investigações patrocinadas pelo governo e com financiamento privado, bem como a inserção da medicina mente-corpo nos currículos das faculdades de Medicina.⁹ No entanto, a medicina psicossomática ainda não é adequadamente ensinada aos médicos, com exceção dos psiquiatras, e ironicamente são os especialistas em medicina interna, ortopedistas, reumatologistas, gastroenterologistas, dermatologistas e outros médicos que examinam o corpo que têm de fazer o diagnóstico psicossomático antes de este poder ser tratado por um psiquiatra ou psicólogo. Além disso, o sistema de saúde moderno, baseado num rigoroso modelo corporativo, não permite que se despenda o tempo necessário com os pacientes para descobrir a raiz dos sintomas, o que coloca mais um entrave na luta contra a maré da dor crónica.

Ao longo da minha carreira profissional, em concreto nos últimos cinquenta anos, a cultura médica que recompensa a especialização, a eficiência e os dados precisos forçou os médicos contemporâneos a distanciarem-se dos pacientes. O exame clínico e o estado emocional do paciente ficam muitas vezes comprometidos, e o médico contemporâneo tem muita dificuldade em conversar com o paciente acerca da sua vida, esperanças, desilusões e ambições.

Como esta tendência da cultura médica contemporânea se consolidou, os médicos ainda não têm formação para reconhecer as perturbações psicossomáticas. Ensinam-lhes a explicar todas as perturbações físicas com causas estruturais físicas, não considerando o papel das emoções na etiologia destas perturbações. Como consequência, os pacientes que sofrem de dor de costas não recebem o tratamento apropriado, que exigiria prestar

⁹ Young, J. H. (1998), «The Development of the Office of Alternative Medicine in the National Institutes of Health 1991-1996», *Bulletin of the History of Medicine*, 72 (2), pp. 279-298; Brower, V. (2006), «Mind-Body Research Moves Towards the Mainstream», *EMBO Reports*, 7 (4), pp. 358-361.

atenção aos fenômenos emocionais. Segundo os diagnósticos atuais, as perturbações físicas são apenas uma consequência de problemas estruturais físicos, por isso a etiologia psicossomática não desempenha qualquer papel no diagnóstico da dor; a formação do médico continua a associar a prática da medicina exclusivamente às questões do corpo. O paciente é encarado como uma máquina controlada por vários sistemas, omitindo o perfil psicológico como um desses sistemas. Esta omissão no portfólio médico tem sido um dos fatores mais importantes no aumento epidemiológico da dor.

Quando escrevi *Curar a Dor de Costas*, a minha intenção era descrever a dor mais comum, quase universal, tanto para os profissionais como para o público em geral. Nunca imaginei que a simples leitura do livro pudesse aliviar a dor a tantos pacientes. No entanto, continuo a receber relatos de todo o mundo de que a leitura do livro foi suficiente para curar a dor e compreender os estados psicológicos. Esta compreensão também pode proteger os pacientes de outras perturbações psicofisiológicas.

Fiquei surpreso e impressionado com o poder curativo do conhecimento, que se tornou um princípio orientador e uma prática no meu programa de tratamento dos pacientes com STM. Estou eternamente grato pelos seus relatos francos de luta física e psicológica, bem como a sua disponibilidade para confiarem em mim, aceitando e confirmando uma teoria que, para muitas pessoas, parecia absurda. Sem os meus pacientes e todos aqueles que vieram ter comigo para partilhar as suas lutas e sucessos com a dor crónica não teria tido a oportunidade de desenvolver uma teoria da STM ainda mais robusta, que continua a ajudar muitas pessoas que sofrem de dor crónica e debilitante.

As perturbações psicossomáticas são uma manifestação inevitável da experiência humana. Quase todas as pessoas já tiveram alguns sintomas psicossomáticos. Para mim, a reedição de *Curar a Dor de Costas* demonstra que as pessoas que sofrem

de dor estão hoje mais capacitadas, exercendo o seu direito a exigir um tratamento para a dor que tenha em consideração a pessoa como um todo, como um ser físico e emocional complexo. Tenho esperança que os meus colegas continuem a estudar e a contribuir para a compreensão do diagnóstico e tratamento das perturbações psicossomáticas.

DR. JOHN E. SARNO
Cidade de Nova Iorque
Agosto de 2016

INTRODUÇÃO

Esta obra é a sucessora de *Mind Over Back Pain*, que foi publicada em 1984. Nela descrevia um quadro clínico conhecido como síndrome de miosite tensional, que tenho motivos para acreditar tratar-se da principal causa das síndromes comuns de dor no pescoço, ombros, coluna, glúteos e membros. Nos anos volvidos desde essa primeira publicação, desenvolvi e clarifiquei ainda mais os meus conceitos sobre a forma de diagnosticar e tratar esta síndrome, o que justifica a necessidade deste livro.

Ao longo dos anos, a incidência cada vez mais elevada destas síndromes de dor deu origem a um problema de saúde com proporções impressionantes. As estatísticas continuam a apontar para que cerca de 80% da população apresenta um historial destas perturbações dolorosas. Um artigo da revista *Forbes*, datado de agosto de 1986, reportava uma despesa anual de 56 mil milhões de dólares para lidar com as consequências deste problema de saúde omnipresente. É a principal causa de absentismo laboral nos Estados Unidos e a segunda causa das infeções respiratórias que levam as pessoas a ir ao médico.

Tudo isto aconteceu nos últimos trinta anos. Porquê? Após milhões de anos de evolução, a coluna vertebral dos Americanos ficou subitamente incapacitada? Porque são tantas as pessoas com propensão para ter lesões na coluna? E porque

é que os médicos se têm revelado impotentes para erradicar esta epidemia?

O objetivo deste livro é responder a estas e a muitas outras perguntas acerca deste problema generalizado. A tese avançada é a seguinte: como todas as epidemias, esta resulta da incapacidade da medicina em reconhecer a natureza da doença — ou seja, em fazer um diagnóstico exato. A peste devastou o mundo porque, na altura, nada se sabia de bacteriologia ou epidemiologia. Pode ser difícil de acreditar que a demasiado sofisticada medicina do século XX não conseguiu identificar corretamente a causa de algo tão simples e comum como estas síndromes de dor. Todavia, os médicos e os investigadores são, afinal, apenas humanos e, como tal, não sabem tudo; e o que é ainda mais importante, estão sujeitos à permanente fraqueza do preconceito.

Neste caso, o preconceito consiste em ver estas síndromes de dor comuns como uma consequência obrigatória de anomalias estruturais da coluna vertebral ou de deficiências musculares química ou mecanicamente induzidas. Outro preconceito de igual importância que é promovido pela medicina convencional é a crença de que as emoções não induzem alterações fisiológicas. A experiência com a STM contradiz ambos. Esta síndrome é uma aberração fisiológica benigna (embora dolorosa) dos tecidos moles (e não da coluna) provocada por um processo emocional.

Deparei-me pela primeira vez com a magnitude deste problema em 1965, quando ingressei, como diretor do Serviço de Cuidados de Ambulatório, na equipa daquele que é hoje conhecido como Instituto Howard A. Rusk de Medicina de Reabilitação, no Centro Médico da Universidade de Nova Iorque. Foi o meu primeiro contacto com um grande número de pacientes com dor no pescoço, nos ombros, nos glúteos e nas costas. A formação médica convencional ensinara-me que estas dores eram sobretudo causadas por uma variedade de anomalias estruturais na coluna, sendo as mais comuns a artrite e as lesões nas vértebras,

ou por um conjunto vago de lesões musculares atribuídas a má postura, falta de exercício, excesso de esforço ou coisas do género. Presumia-se que a dor nos braços e nas pernas resultava da compressão dos nervos. No entanto, não era de todo claro como estas anomalias ou lesões provocavam a dor.

A lógica do tratamento prescrito era igualmente desconcertante. O tratamento incluía injeções, calor extremo sob a forma de ultrassons (diatermia), massagens e exercícios físicos. Ninguém sabia bem o que era suposto isto fazer, mas em alguns casos parecia ajudar. Dizia-se que o exercício fortalecia os músculos do abdómen e das costas, e que, de algum modo, isso ajudava a suportar a coluna e evitava a dor.

A experiência de tratar estes doentes era frustrante e deprimente; nunca se conseguia prever o desfecho. Pior, era perturbador ver que o padrão de dor e os resultados dos exames físicos muitas vezes não se correlacionavam com a presumível causa da dor. Por exemplo, a dor podia ser atribuída a alterações na zona lombar devido a artrite degenerativa, mas o paciente podia ter dores em zonas que nada tinham que ver com os ossos daquela região. Ou alguém podia ter uma hérnia discal à esquerda da zona lombar e sentir dor na perna direita.

Além das dúvidas quanto à precisão dos diagnósticos convencionais, também me apercebi de que o principal tecido envolvido era muscular, mais concretamente os músculos do pescoço, dos ombros, das costas e dos glúteos. Ainda mais importante foi a observação de que 88% das pessoas consultadas tinham um historial de tensão ou enxaquecas, azia, hérnia do hiato, úlcera gástrica, colite ulcerosa, síndrome do cólon irritável (colite espástica), rinite alérgica, asma, eczema e muitas outras doenças, todas elas sob forte suspeita de serem causadas por tensão. Parecia lógico concluir que as dores musculares também podiam ser provocadas por tensão. Daqui surgiu o nome síndrome de miosite tensional. (*Myo* significa «músculo»;

a *síndrome de miosite tensional* é aqui definida como uma alteração do estado do músculo que provoca dor.)

Quando a teoria foi testada e os pacientes tratados em conformidade, verificou-se uma melhoria nos resultados dos tratamentos. Com efeito, foi então possível prever com alguma exatidão quais os pacientes que iriam melhorar e os que não o conseguiriam. Foi o início do programa de terapêutica e diagnóstico descrito nesta obra.

É de salientar que este livro não descreve uma «nova abordagem» ao tratamento da dor de costas. A STM¹ é um *novo diagnóstico* e deve, portanto, ser tratada de maneira adequada a esse diagnóstico. Quando a medicina descobriu que as bactérias eram a causa de muitas infecções, procurou maneiras de combater os germes — e surgiram os antibióticos. Se os fatores emocionais são os responsáveis pela dor de costas, temos de procurar a técnica terapêutica adequada. É evidente que o tratamento físico tradicional não faz qualquer sentido. Ao invés, a experiência mostrou-nos que a única forma de tratar o problema com êxito e de um modo permanente consiste em ensinar os pacientes a compreenderem a sua situação. Para quem está a começar pode não fazer muito sentido, mas, à medida que for lendo, irá tornar-se claro.

Estamos a falar de medicina holística? Infelizmente, o que veio a ficar conhecido como medicina holística é um emaranhado de ciência, pseudociência e folclore. Tudo o que se encontra fora da medicina tradicional pode ser considerado medicina holística. Não obstante, numa descrição mais precisa, a ideia predominante é a de que é necessário tratar a «pessoa toda», um conceito sábio e em geral negligenciado pela medicina contemporânea. Contudo,

¹ Como expresso no Prefácio à edição de 2016, o Dr. Sarno retificou o nome de síndrome de miosite tensional para síndrome de tensão mioneural, ou STM, sigla que utilizamos ao longo do livro. (N. do T.)

isto não deve ser entendido como dar o aval a identificar algo que desafie a medicina convencional como holístico.

Talvez *holístico* deva ser definido como aquilo que inclui a consideração tanto dos aspectos emocionais como estruturais da saúde e da doença. Ao aceitar esta definição não se rejeita o método científico. Pelo contrário, adicionando à equação médica a tão difícil dimensão emocional, torna-se cada vez mais importante exigir provas e a replicação dos resultados.

Como consequência, não se trata de medicina holística como é popularmente designada. Espero que seja um exemplo de boa medicina (diagnóstico preciso e tratamento eficaz), bem como de boa ciência (conclusões baseadas na observação e verificadas pela experiência). Embora a causa da STM seja a tensão, o diagnóstico é feito com base em exames físicos e não psicológicos, seguindo a tradição da medicina clínica.

Todos os médicos deviam ser praticantes da «medicina holística», no sentido de reconhecerem a interação entre a mente e o corpo. Deixar de fora do estudo da saúde e da doença a dimensão emocional é má medicina e má ciência.

Existe um ponto importante a enfatizar: esta síndrome é uma doença física, embora seja induzida por fenómenos emocionais. Deve ser diagnóstica por médicos que curam o físico e que sejam capazes de reconhecer ambos os aspectos da doença: a dimensão física e a dimensão psicológica. Os psicólogos podem suspeitar que os sintomas do paciente são emocionalmente induzidos mas não podem concluir com certeza que sofre desta síndrome, pois não têm formação em diagnósticos físicos. Uma vez que poucos são os médicos com formação para reconhecer uma doença com raízes psicológicas, a STM fica no limbo onde sempre esteve e os pacientes não são diagnosticados. É particularmente importante que o diagnóstico não seja feito por um psicólogo para evitar a conclusão pejorativa de que a dor «está toda na cabeça».

O que pensam os médicos deste diagnóstico? É pouco provável que muitos tenham consciência da sua existência. Escrevi diversos artigos científicos e capítulos para manuais médicos sobre o tema mas alcançaram uma audiência limitada, sobretudo médicos que trabalham na área da medicina física e de reabilitação. Em anos mais recentes tornou-se impossível ver aceites para publicação estudos sobre esta síndrome, sem dúvida porque estes conceitos desafiam o dogma da medicina contemporânea. Para os médicos que se deparem com este livro, saliento que é mais completo que qualquer um dos artigos publicados e que lhes será útil, pese embora estar escrito para o público em geral.

A julgar pelas reações dos médicos no ambiente que diretamente me rodeia, a maioria irá ignorar ou rejeitar o diagnóstico. Alguns médicos da minha especialidade declaram ver validade no diagnóstico, mas têm muita dificuldade em tratar estes pacientes. Temos de ter esperança que a nova geração de médicos seja mais capaz de lidar com o problema. Uma das intenções desta obra é alcançar estes jovens médicos.

E os leitores que sofrem de dor no pescoço, nos ombros, nas costas ou nos glúteos e que podem ter esta síndrome? Um livro não substitui o médico e não é minha intenção diagnosticar e tratar através destas páginas. Considero que não é ético, mas imoral, que um médico pratique medicina através de um livro ou DVD. As síndromes de dor têm de ser sempre estudadas de um modo adequado para despistar doenças graves como o cancro, tumores, doenças ósseas e muitas outras. Se alguém sofre de dor persistente numa parte do corpo, é imperativo que procure um médico para que possam ser realizados os exames e testes apropriados.

O objetivo principal desta obra é aumentar a consciencialização dentro e fora do campo da medicina, pois estas síndromes de dor comuns representam um enorme problema de saúde pública que não será resolvido enquanto a perceção da sua causa não for alterada.

Tendo declarado o objetivo deste livro, seria pouco honesto da minha parte se não relatasse que muitos leitores do antecessor, *Mind Over Back Pain*, reportaram uma melhoria ou o desaparecimento dos sintomas. Isto confirma a ideia de que o conhecimento e a identificação com a doença são fatores terapêuticos cruciais.

A ciência exige que todas as novas ideias sejam validadas pela experiência e pela replicação. Antes de serem aceites de um modo generalizado, os novos conceitos têm de ser provados para além de qualquer dúvida. É essencial que as ideias apresentadas nesta obra sejam sujeitas a estudos de investigação. Na tradição da medicina científica, convido os meus colegas a verificarem e corrigirem o meu trabalho. O que não devem fazer é ignorá-lo, pois o problema da dor de costas é demasiado grande e a necessidade de encontrar uma solução é imperativa.

1

Manifestações da STM

Nunca conheci um paciente com dor no pescoço, ombros, costas ou glúteos que não acreditasse que se devia a uma lesão — provocada por uma atividade física: «Magoei-me enquanto corria (jogava basquetebol, ténis, *bowling*)», «A dor começou quando peguei na minha menina ao colo» ou «quando tentei abrir uma janela emperrada», «Há dez anos fui vítima de um atropelamento e fuga e, desde então, tenho dores recorrentes de costas».

A ideia de que a dor é sinónimo de lesão ou ferimento está profundamente enraizada na consciência. É evidente que é fácil atribuí-la a uma atividade física se começou enquanto se praticava essa atividade. (Como veremos mais adiante, isto é, com frequência, enganador.) Este conceito amplamente disseminado da vulnerabilidade das costas, da facilidade com que pode sofrer ferimentos, é nada menos que uma catástrofe médica para a população americana, que hoje em dia possui um exército de homens e mulheres mais ou menos incapacitados, cujas vidas se encontram muito restringidas devido ao medo de provocar mais danos ou de fazer com que a dor volte. É frequente ouvirmos dizer: «Tenho medo de voltar a magoar-me, por isso vou ter muito cuidado com aquilo que faço.»

Para ser honesto, tenho de dizer que esta ideia foi alimentada pelos médicos e por outros profissionais de saúde durante anos.

Assumi-se que a dor no pescoço, nos ombros, nas costas e nos glúteos se deve a lesões ou doenças da coluna e das estruturas que lhe estão associadas, ou à incapacidade dos músculos e ligamentos que as envolvem. Tudo isto sem qualquer validação científica destes conceitos de diagnóstico.

Ao invés, ao longo de dezassete anos registei um sucesso gratificante no tratamento destas doenças baseando-me num diagnóstico muito diferente. Observei que a maioria destas síndromes de dor devem-se aos efeitos da tensão nos músculos, nervos, tendões e ligamentos. Este aspecto foi provado graças à elevada taxa de sucesso alcançada com um programa de tratamento simples, rápido e rigoroso.

A preocupação da medicina com a coluna vertebral deriva da filosofia e formação médicas primordiais. A medicina moderna apresenta uma orientação sobretudo mecânica e estrutural. O corpo é visto como uma máquina demasiado complexa e a doença como o mau funcionamento da máquina causado por infeção, traumatismo, defeitos hereditários, degeneração e, claro, cancro. Ao mesmo tempo, a ciência médica apaixonou-se pelo laboratório, acreditando que nada tem validade enquanto não puder ser demonstrado nesse campo. Ninguém põe em causa o papel essencial do laboratório no progresso médico (basta considerar, por exemplo, a penicilina e a insulina). Infelizmente, algumas coisas são difíceis de estudar em laboratório. Uma delas é a mente e o respetivo órgão, o cérebro. As emoções não se prestam a experiências e medições em tubos de ensaio e a ciência médica moderna preferiu ignorá-las, fundamentando-se na convicção de que, seja como for, as emoções têm pouco que ver com a saúde e a doença. Por esta razão, a maioria dos médicos praticantes não considera que as emoções desempenham um papel significativo como *causa* de doenças físicas, embora muitos reconheçam que podem agravar uma doença provocada «fisicamente». No geral, os médicos sentem-se pouco confortáveis a lidar com problemas

relacionados com as emoções. Têm tendência para estabelecer uma divisão profunda entre «as coisas da mente» e «as coisas do corpo», e só se sentem confortáveis com as últimas.

A úlcera péptica do duodeno é um bom exemplo. Apesar de alguns médicos não concordarem com a ideia, é bastante consensual entre os médicos praticantes que as úlceras são sobretudo causadas por «tensão». No entanto, contrariamente à lógica, o foco principal do tratamento é «clínico», não «psicológico», e são prescritos medicamentos para neutralizar ou prevenir a secreção de ácido. Contudo, não tratar as causas primárias de uma doença é má medicina; trata-se de medicina sintomática, algo para que fomos alertados durante a formação médica. Não obstante, uma vez que a maioria dos médicos apenas considera ser sua função tratar o corpo, a parte psicológica do problema é negligenciada, apesar de ser a causa essencial. Para ser justo, diga-se que alguns médicos tentam falar de tensão, mas, em geral, fazem-no apenas de um modo superficial, como: «Devia ter mais calma; trabalha demasiado.»

As síndromes de dor parecem tão «físicas» que se torna particularmente difícil para os médicos terem em consideração a possibilidade de poderem ser causadas por fatores psicológicos; portanto, agarram-se à explicação estrutural. Todavia, ao fazê-lo, tornam-se, em grande parte, responsáveis pela epidemia de dor que hoje em dia existe no nosso país.

Se as lesões estruturais não são responsáveis pela dor no pescoço, nos ombros, nas costas e nos glúteos, então o que a provoca? Estudos e a experiência clínica de muitos anos sugerem que estas síndromes de dor comuns resultam de uma alteração fisiológica em determinados músculos, nervos, tendões e ligamentos, chamada síndrome de miosite tensional ou síndrome de tensão mioneural (STM). É uma doença inofensiva, mas potencialmente dolorosa, que resulta de situações emocionais específicas muito comuns. O objetivo deste livro é descrever esta síndrome em pormenor.

As secções seguintes deste capítulo abordam quem pode ficar doente, em que partes do corpo se manifesta, os vários padrões de dor e o impacto geral da STM na saúde e na vida quotidiana. Nos capítulos seguintes refere-se a psicologia da STM (onde tudo começa), a sua fisiologia e a maneira de a tratar. São revistos diagnósticos e tratamentos convencionais e conclui-se com um capítulo sobre a importante interação entre a mente e o corpo em termos de saúde e doença.

QUEM PODE SOFRER DE STM?

Pode dizer-se que a síndrome de tensão mio neural é uma doença do berço à cova pois manifesta-se nas crianças, embora seja pouco provável que ocorra antes dos cinco ou seis anos. Como é evidente, o modo como se manifesta nas crianças é diferente do dos adultos. Estou convencido que aquilo a que é habitual referirmo-nos como «dores de crescimento» são manifestações da STM.

A causa das dores de crescimento nunca foi identificada, porém os médicos sempre se sentiram bem a sossegar as mães afirmando que é uma condição inofensiva. Certo dia, enquanto ouvia uma jovem mãe a descrever a dor severa que a filha sentiu na perna a meio da noite, ocorreu-me que a experiência descrita era muito semelhante a uma crise de ciatalgia (ciática) nos adultos; tendo em consideração que esta é uma das manifestações mais comuns da STM, as dores de crescimento podem muito bem equivaler à STM nas crianças.

Não é de espantar que ninguém tenha sido capaz de identificar a natureza das dores de crescimento, pois a STM é uma doença que não costuma deixar evidências da sua presença.

É uma constrição temporária dos vasos sanguíneos que provoca os sintomas, e depois tudo regressa ao normal.

O estímulo emocional que espoleta a crise nas crianças não é diferente do dos adultos: a ansiedade. Pode dizer-se que o ataque na criança é um «pseudopesadelo», ou seja, um substituto de um pesadelo. A mente envia uma decisão de comando para que ocorra uma reação física em vez de obrigar o indivíduo a vivenciar uma emoção dolorosa; o mesmo ocorre nos adultos.

Na outra margem do espectro, observei a síndrome em homens e mulheres na casa dos oitenta anos. Parece não existir limite de idade, e porque deveria haver? Enquanto conseguirmos gerar emoções, somos suscetíveis a esta doença.

Quais as idades em que é mais comum e podemos aprender algo com essas estatísticas? Num estudo de acompanhamento realizado em 1982, 177 pacientes foram entrevistados quanto ao seu estado após terem recebido tratamento para a STM. (Ver os resultados deste estudo na página 121.) Destes pacientes, 77% tinham entre os trinta e os sessenta anos, 9% estavam na casa dos vinte e apenas figuravam quatro adolescentes (2%). Na outra margem do espectro, apenas 7% estavam na casa dos sessenta e 4% na dos setenta.

Estas estatísticas sugerem em grande medida que a causa da maioria das dores de costas entre os trinta e os sessenta anos é emocional; corresponde aos anos que designaria de anos de responsabilidade. Trata-se de um período da vida em que as pessoas se encontram sob maior pressão para alcançar o sucesso, garantir a subsistência e para bater recordes; é lógico que seja quando se verifica uma maior incidência da STM. Além disso, se as alterações degenerativas na coluna (osteoartrite, desgaste das vértebras e hérnias, artrose facetária e espondilose, por exemplo) fossem a causa primária da dor de costas, estas estatísticas não fariam qualquer sentido. Nesse caso, o que se verificaria seria um aumento gradual da incidência a partir dos vinte anos,

culminando nos idosos. Salientamos que estas são apenas provas circunstanciais, porém altamente sugestivas.

Portanto, a resposta à questão «Quem pode sofrer de STM?» é: «Qualquer pessoa.» Não obstante, não há dúvidas de que é mais comum a meio da vida, os anos da responsabilidade. Em seguida, vamos abordar onde se manifesta a STM.

ONDE SE MANIFESTA A STM?

Músculo

O principal tecido envolvido na STM é o músculo, de onde deriva o nome original *miosite* (como referido, *myo* significa «músculo»). Os únicos músculos do corpo suscetíveis à STM são os da nuca, de toda a coluna vertebral e dos glúteos, coletivamente conhecidos como *musculatura esquelética*. Estes músculos são responsáveis por manter a postura correta da cabeça e do tronco, além de contribuírem para o uso eficaz dos braços.

Os músculos esqueléticos possuem uma proporção maior de fibras musculares de contração lenta do que os músculos dos membros, o que os torna mais eficazes para exercer a sua função, a atividade física continuada. Não sabemos se é por este motivo que a STM se restringe a este conjunto de músculos. No entanto é possível, pois os músculos em geral envolvidos têm as funções mais importantes: são os músculos das nádegas, anatomicamente conhecidos como *musculatura glútea*. A sua função é manter o tronco direito apoiado nas pernas, evitando que a pessoa caia para a frente ou para os lados. Estatisticamente, a área glúteo-lombar é a zona onde se verifica a STM com mais frequência.

«MAIS DE METADE DA POPULAÇÃO PORTUGUESA SOFRE DE DORES NAS COSTAS.

Trata-se mesmo da principal causa de sofrimento em Portugal. Quando se torna crónica, a dor nas costas tem um grande impacto na qualidade de vida.»

SCIENCE PLATAFORM CBMR

Tem dores recorrentes nas costas ou no pescoço? Essas dores impedem-no de viver em pleno? Se sim, pode estar a sofrer de STM (síndrome de tensão mioneural). A boa notícia é que isso pode mudar!

Oferecendo uma solução surpreendente e não invasiva para o que é considerado uma epidemia de dor, a investigação do médico John E. Sarno sobre a síndrome de tensão mioneural revela que o *stress*, a ansiedade e outros fatores psicológicos, e não problemas estruturais, são a causa da dor crónica. A STM desenvolve-se como resultado de emoções reprimidas que provocam tensão no corpo e privam os músculos e nervos de oxigénio.

Com relatos de vários casos e os resultados de uma pesquisa aprofundada sobre a relação mente-corpo, o autor revela como pode reconhecer as causas emocionais da sua STM e explica como cortar as ligações entre dor mental e física... e começar hoje a recuperar a sua qualidade de vida, sem dores de costas.

SEM MEDICAMENTOS * SEM CIRURGIAS * SEM EXERCÍCIOS

A DOR DE COSTAS PODE SER CURADA PARA SEMPRE



Penguin
Random House
Grupo Editorial



penguinlivros.pt



penguinlivros



penguinbemestar

ISBN 9789897846014



9 789897 846014 >