

Avaliação e tratamento psiquiátrico do paciente com dor crônica

Rogério W. de Aguiar¹, Lorena Caleffi¹

Neste artigo, os autores descrevem as questões relacionadas à avaliação e manejo da dor crônica, apresentando quatro casos clínicos. São discutidos o diagnóstico psiquiátrico envolvido na dor crônica e os aspectos psicológicos relacionados com o paciente e seus familiares. São apresentados os tratamentos psicológicos, com antidepressivos e anticonvulsivantes. É recomendada uma abordagem interdisciplinar.

Unitermos: Dor crônica; antidepressivos; interconsulta psiquiátrica.

Psychiatric assessment and treatment of chronic pain patients

In this article, the authors describe issues concerning chronic pain assessment and management by presenting four clinical cases. The psychiatric diagnosis involved in chronic pain and the psychological aspects related to the patient and the family members are discussed. Anticonvulsant and antidepressant treatments are presented as psychological treatments. An interdisciplinary approach is recommended.

Key-words: Chronic pain; antidepressives; consultation-liaison psychiatry.

Revista HCPA 1999;19(1):71-80

Introdução

Dor é definida pela International Association for the Study of Pain (IASP) como uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a dano tecidual real ou potencial ou descrita em termos de tal dano (1).

Bonica (2) descreve dor crônica como: a dor que persiste 1 mês além do curso normal de uma doença aguda ou do tempo de cicatrização de uma lesão; a dor associada a processos patológicos crônicos que causam dor contínua; ou a dor que recorre em intervalos de meses a anos.

Embora a “experiência emocional desagradável” seja indissociável da própria sensação dolorosa, na dor aguda a resposta afetiva e comportamental tende a ser mais adaptativa, levando à evitação do estímulo nocivo e à busca de auxílio para a reparação de um dano recém-instalado. Tal situação contrasta com a de um paciente cujas queixas de dor, embora igualmente descritas como intoleráveis e incapacitantes, persistem há vários anos ou décadas, período preenchido com a busca incessante de tratamento médico e de exames complementares (muitas vezes invasivos) sem que uma lesão tecidual identificada justifique a intensidade da dor.

1 Departamento de Psiquiatria, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grando do Sul, Serviço de Psiquiatria, Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Correspondência: Rogério Wolf de Aguiar, Av. Taquara, 198/302 CEP 90460-210, Porto Alegre, RS, Brasil. Fone/Fax: +55-51-3321728. e-mail: rwaguiar@hcpa.ufrgs.br

Neste caso, a resposta emocional tende a ser desadaptativa, a busca de auxílio torna-se uma rotina e o paciente passa a se dedicar quase exclusivamente a comportamentos relacionados à dor. Frequentemente, através de uma anamnese cuidadosa, é possível detectar que, em muitos pacientes, a exacerbação de conflitos emocionais inconscientes, acompanhados ou não de situações de estresse familiar, social ou econômico, está relacionada cronologicamente ao surgimento dos sintomas, e que ganhos primários e secundários estão envolvidos na sua manutenção.

A entrevista psiquiátrica

É importante que o paciente conte sua história, evitando-se o uso excessivo de perguntas dirigidas. Caso o paciente comece a descrever uma sucessão de tratamentos prévios, procura-se explorar com ele seus sentimentos a respeito de tais experiências, dando-lhe a oportunidade de expressar e refletir a respeito de seus afetos, muitas vezes pouco expressos em nível pessoal ou verbal (3). Colhe-se uma história detalhada da vida atual e passada do paciente, procurando estabelecer possíveis conexões entre eventos de sua vida e o início dos sintomas ou sua modificação. Sempre que possível, estas conexões entre eventos de sua vida e o início dos sintomas são estabelecidas junto com o paciente, sem esquecer de validar as hipóteses através das associações conscientes ou inconscientes dele mesmo. Ainda que o paciente negue qualquer relação entre a dor e sua vida emocional, o fluxo associativo por vezes é tão claro que o próprio paciente o percebe (4).

O terapeuta, portanto, deve desenvolver uma atenção especial à linguagem da somatização. Procuram-se pistas através da descrição detalhada das características da dor e das conseqüências que ela gera na vida do paciente, descobrindo ganhos e perdas. Há ganho secundário? Os sintomas encobrem dificuldades conjugais ou sexuais? Existe algum conflito psíquico simbolizado pela dor? Há tensão muscular crônica? Há achados clínicos compatíveis com dor?

É errôneo supor que queixas de dor

crônica estejam sempre relacionadas a conflitos emocionais. Por outro lado, focalizar o sintoma doloroso como expressão de uma possível correlação de eventos psicológicos com eventos orgânicos, sejam eles ligados ou não ao sistema nervoso autônomo, parece importante na medida em que uma abordagem global do paciente tem se mostrado a mais eficaz na interrupção do círculo vicioso de dor.

Hackett e Bouckoms (5) definem o "comportamento de dor" como todo o comportamento gerado por um indivíduo a fim de refletir a presença de estímulo nociceptivo. O psiquiatra deve, então, distinguir entre o comportamento doloroso normal e o patológico. Chamam atenção para o fato de ser a regra, e não a exceção, a combinação de componentes físicos e emocionais no desenvolvimento do sintoma. Arrolaram uma série de características (quadro 1) que quanto mais intensamente estão presentes no paciente indicam um componente proporcionalmente maior de fatores emocionais implicados na gênese ou manutenção do quadro de dor crônica. Tais características podem não ser encontradas ao mesmo tempo em todos os pacientes, mas nos alertam para a presença de uma estrutura psicológica e comportamental que frequentemente pode ser observada em muitos destes doentes crônicos.

Gildemberg e De Vul (6), em sua observação clínica de pacientes com dor crônica observaram semelhanças significativas em seu comportamento definindo-os como caricaturas de pacientes agudos. Destacam os seguintes dados comuns:

- todos tinham dor com meses ou anos de duração;
- a maioria indicava que sua dor atual era parecida com a do início, em geral associada a algum problema médico ou acidente prévios, mas que piorou após várias tentativas frustradas de tratamento clínico ou cirúrgico;
- todos relatavam histórias prévias detalhadas de falhas nos tratamentos anteriores, muitas vezes de uma maneira triunfante;
- todos descreviam a dor como urgente e até então com sua causa não diagnosticada;
- todos permaneciam usando vários analgésicos e tranqüilizantes;
- muitos diziam não haver qualquer outro

problema e que, se a dor desaparecesse, tudo estaria bem na sua vida;

- o exame médico apresentava achados desproporcionalmente menores frente às queixas do paciente.

Diagnóstico psiquiátrico e dor crônica

Não há um diagnóstico psiquiátrico exclusivo associado à dor crônica. Várias síndromes e vários transtornos psiquiátricos podem estar ligados a quadros crônicos de dor, tais como: transtornos afetivos do tipo depressivo; transtornos de ansiedade; transtornos somatomorfos; transtornos psicóticos; abuso de drogas; as assim chamadas neuroses de compensação (fatores psicológicos afetando condições físicas); transtorno factício com sintomas físicos e simulação.

Todas essas condições podem apresentar dor como um dos seus componentes e sua correta identificação tem, obviamente, papel fundamental no tratamento. Na simulação a dor realmente não está sendo sentida, apenas inventada. Entretanto, está listada aqui por que o paciente se queixa de dor. Mais adiante esta situação será

comentada.

A depressão é o quadro mais freqüentemente associado. Vinte e cinco por cento dos pacientes com dor crônica apresentam em algum momento depressão maior. Dependendo da sensibilidade dos instrumentos de avaliação, as pesquisas registram de 60 a 100% dos pacientes com dor crônica com sintomas depressivos.

Os transtornos de ansiedade ocorrem em aproximadamente 30% dos pacientes com dor intratável, mais freqüentemente na forma de ansiedade generalizada ou pânico.

Existem quatro transtornos somatomorfos nos quais a dor pode estar presente: transtorno de somatização, transtorno conversivo, hipocondríase e transtorno doloroso somatomorfo persistente (CID-10). Eles ocorrem em 5 a 15% dos pacientes com dor crônica tratados. Embora mais raramente, também são encontrados transtornos esquizofrênicos e outros psicóticos, nos quais a dor pode até ser uma alucinação.

Os residentes de Psiquiatria do Hospital de Clínicas de Porto Alegre têm chamado a atenção para a freqüência com que fazem o diagnóstico de transtorno factício quando estão estagiando no Serviço de Dor e Medicina

Quadro 1. Características de pacientes com comportamento doloroso crônico.

Multiplicidade	A dor tende a ocorrer em mais de um lugar do corpo do paciente; indica também que, se a dor desaparece espontaneamente ou com o tratamento, outra surge em seu lugar.
Autenticidade	O paciente parece mais interessado em convencer que sua dor é genuína do que na sua cura.
Negação	O paciente tende a negar inconscientemente problemas emocionais e mesmo as próprias emoções.
Relações interpessoais disfuncionais	Identificam-se relações conturbadas e conflitivas na história afetiva, familiar e profissional; o paciente pode expressar desconforto ou sofrimento quando alguém ou algo é mencionado, embora não reconheça tal conexão, mesmo quando assinalada.
Singularidade	O paciente tende a considerar que sua dor é especial, que se trata de um sintoma jamais visto pelo médico ou pela medicina.
Idealização	O paciente diz que aquele médico é a sua última chance, que ele é especial e só ele poderá ajudá-lo.
Imutabilidade	A dor não muda com as horas, dias ou anos, nem com quaisquer eventos ou com procedimentos terapêuticos; traz consigo a conseqüência inevitável de incluir o médico no rol dos incapazes de curá-lo, após o desafio inicial.

Paliativa, em seu treinamento através da interconsulta psiquiátrica. A maioria não tinha tido a oportunidade de fazer este diagnóstico nos dois anos anteriores de residência. Entretanto, em cada mês de estágio no Serviço de Dor, cada um deles diagnostica ao menos um paciente com este transtorno. A Síndrome de Münchhausen, por exemplo, passa a ser diagnosticada com muito mais frequência a partir desta experiência dos residentes de psiquiatria (7).

Dor “real” versus dor “emocional”

Freqüentemente os psiquiatras são chamados para fazer o diagnóstico diferencial entre uma dor “real” ou “emocional”, em qualquer hospital do mundo inteiro. Na verdade, este é um falso dilema. Entre os especialistas em dor, há uma máxima que diz que se o paciente se queixa de dor, há dor, com a única exceção dos simuladores. Com efeito, é necessário entender que a dor é uma senso-percepção subjetiva, seja ela de origem nociceptiva, a partir de uma lesão tecidual, ou de origem emocional. O mais freqüente é que ambos os componentes estejam presentes, variando apenas o percentual de cada um (quadro 2). O simulador é aquele que mente

conscientemente. Ele não está sentindo dor, sabe disto, apenas inventa uma falsa informação, em geral com o objetivo de obter algum ganho do tipo imediato, financeiro ou outra vantagem. Nos demais casos, a pessoa que se queixa de dor está realmente percebendo uma sensação desagradável que identifica como dor, seja conversiva, hipocondríaca, alucinatória, ou por uma lesão tecidual em sua origem.

O quadro 2 mostra da esquerda para a direita as situações clínicas nas quais a predominância dos fatores orgânicos na gênese da dor evolui para a predominância dos psicológicos. A assimetria que se observa na diagonal que divide os dois campos (orgânicos versus psicológicos) no box que acima o quadro 2 propositalmente enfatiza que os fatores psicológicos nunca estão totalmente ausentes, mesmo que seja na forma de uma reação emocional à dor ou à doença, enquanto que na extrema direita podemos encontrar casos nos quais a sensação dolorosa é produzida por fatores exclusivamente psicológicos.

Avaliação psiquiátrica

De 1992 em diante, os autores deste

Quadro 2. Classificação baseada nos fatores etiológicos predominantes em dor crônica



Neuropatias	Pélvica crônica
Neuralgia do trigêmio	Miofascial
Câncer	Cefaléia
Síndrome talâmica	Causalgia
Central	Depressão
Deaferentação	Transtorno conversivo
Artrite	Transtorno doloroso somatomorfo
Membro fantasma	Transtorno de somatização
Lesão de nervo periférico	Hipocondríase
Lombar	Demência
Facial atípica	Transtorno de ansiedade generalizada
Temporo-mandibular	

Modificado de France R e Krishnan K, *Chronic Pain*, 1988, por Aguiar R e Caleffi L.

artigo avaliaram e trataram, individualmente e em regime de co-terapia, os aspectos psiquiátricos de mais de 150 pacientes com a queixa principal de cefaléia, tanto emocional, como enxaqueca ou mista. A maioria havia procurado o Serviço de Dor e Medicina Paliativa do HCPA, sendo referenciada para avaliação psiquiátrica num sub-programa de atendimento de cefaléias, do Serviço de Psiquiatria, ativo principalmente entre os anos de 1992 e 1995. O atendimento também foi interdisciplinar, pois ocorreu concomitante e integradamente com a atenção clínica adequada. A impressão empírica é a de que predominaram os sintomas de ansiedade e depressão entre estes pacientes, muitos com traços perfeccionistas de caráter, com alto nível de exigência, com sentimentos de culpa decorrentes de conflitos mal resolvidos, seguidamente na esfera dos impulsos sexuais e no manejo da raiva subjacente. Foi identificada também uma alta frequência de dificuldades no reconhecimento das emoções, ou seja, uma alta porcentagem de pessoas que reconheciam mais facilmente sintomas físicos do que emoções, enquadrando-se no que Peter Sífneos chamou de alexitimia.

A maioria dos pacientes do grupo das cefaléias acima citado se beneficiou do uso de tranqüilizantes usados temporariamente, anticonvulsivantes, hipnóticos, psicoterapia de apoio ou psicodinâmica breve e principalmente antidepressivos e psicoterapia cognitivo-comportamental, associados aos tratamentos clínicos. Há pacientes que, mesmo que inicialmente dissociem o quadro doloroso de algum fator desencadeante emocional, respondem a uma abordagem psicodinâmica se assim forem estimulados, ou seja, um grupo

cujas defesas não estão muito rígidas

Voltaremos a abordar os aspectos relacionados com o tratamento mais adiante, na seção tratamento .

O diagnóstico adequado deve ser o ponto de partida. Entretanto, a categorização psiquiátrica em um dos transtornos codificados no CID ou no DSM não é suficiente para que se tenha uma compreensão mais abrangente do paciente. Outros aspectos relevantes precisam ser identificados para que se possa não só entender, mas também tomar medidas terapêuticas mais eficazes. O quadro 3 mostra o que o levantamento deve incluir.

Descrição de casos Ilustrativos e comentários

A seguir, serão relatados e comentados sucintamente quatro casos clínicos atendidos individualmente, mas num sistema de co-terapia, pelos autores, no ambulatório do serviço de Dor e Medicina Paliativa do HCPA, que os referenciou para consultoria psiquiátrica (8).

Caso 1

J, 66 anos, casada há 42 anos, trabalhava como secretária até 5 anos antes da consulta, quando começou a queixar-se de cefaléia incapacitante, parando de trabalhar. A dor é descrita pela paciente como começando no topo da cabeça, dividindo-se para os lados e, quando chega na nuca, não consegue agüentar.

Veio encaminhada para avaliação psiquiátrica com diagnóstico de cefaléia tensional. Iniciada a avaliação, J relacionava

Quadro 3. Avaliação psiquiátrica: aspectos a considerar

Categorização nosográfica dos manuais das classificações oficiais.
Padrões de comportamento do paciente e de seus familiares em relação ao quadro queixoso do paciente.
Mecanismos de defesa inconscientes envolvidos.
Fatores desencadeantes e predisponentes.
Comorbidade.
Dependência a analgésicos, tranquilizantes e outras drogas.
Tratamentos anteriores bem e mal sucedidos.

qualquer menção a início ou piora do sintoma de dor com a morte de sua mãe, 1 ano antes. A mãe da paciente faleceu aos 84 anos, de carcinoma e, de acordo com J, teria ficado em estado terminal por um ano. Neste período, sentiu uma piora importante da dor, mas a informação de ter parado de trabalhar há cinco anos, quando a dor iniciou, ainda não estava esclarecida. A paciente relatou, então, que sofrera na época uma tentativa de estupro quando retornava do serviço para casa. Conta que não viu quem a atacou, mas que este homem queria estuprá-la, sem dúvida. Investigando-se um pouco mais, a paciente contou que sentiu uma mão tapando sua boca e foi empurrada, caindo no chão em um terreno baldio. Ficou sempre de costas para a pessoa que a atacou. Essa pessoa deu-lhe vários socos por todo o corpo, inclusive no rosto. J conta que gritava muito e não sabe dizer se por isto ou pela aproximação de alguém, o atacante foi embora. Acredita ter sido uma tentativa de estupro porque nenhum pertence seu foi levado e estava com um collant que desabotoava na virilha.

J permaneceu 8 meses em repouso, por fratura do úmero e da tíbia e vários hematomas. Além da cefaléia, desenvolveu sintomas fóbicos, não mais saía de casa, não foi mais trabalhar, tendo que a irmã trazer-lhe as compras. Refere ainda dor torácica posterior de intensidade moderada. A relação com o marido tornou-se distante, deixaram de manter relações sexuais; ele afirma que o estupro teria realmente ocorrido porque J vestia-se de forma insinuante. Em sua história pregressa, destaca-se que é a mais velha de uma prole de sete irmãos. O pai, alcoolista, batia nos filhos e, de acordo com a paciente, ela era quem mais sofria por ter nascido mulher, após a morte de um filho recém-nascido.

Comentários

J apresenta sua história como uma tentativa de estupro real e não se apercebe que, ao contar o ocorrido, isso não se confirma. De acordo com J não houve manipulação de órgãos sexuais nem mesmo a tentativa de tirar sua roupa.

A vivência pela paciente da agressão

como uma tentativa de estupro foi entendida como a manifestação de uma fantasia inconsciente. Esta fantasia, como sugerido através da conduta sedutora de J (vestia-se “de forma insinuante”) e da própria interpretação de cunho sexual da agressão, parece estar recheada de desejos e impulsos nesta linha, inconscientes para J, que usava a negação como um mecanismo também inconsciente de defesa. Considerou-se, então, o funcionamento de um superego punitivo que, entrando em contato com esses desejos, gerariam um sentimento de culpa, tornando-se a paciente, inconscientemente, passível de punição. O assalto ocorrido se transformou em um fator desencadeante de piora do quadro de cefaléia pois incrementou a ansiedade e a tensão muscular. Concomitantemente, a piora da cefaléia estava sendo entendida pela paciente, então, como uma forma de punição. Após a consulta em que contou sobre a agressão que sofreu, a paciente retornou referindo piora importante da cefaléia, tendo iniciado novo tratamento clínico. J não conseguiu relacionar o sintoma de dor com os seus sentimentos em relação ao episódio desencadeante do quadro.

Em sua história passada, foram encontrados conflitos de natureza sexual e de identidade, inconscientemente negados. A situação traumática vivenciada por ela se fundamenta tanto em elementos da realidade como em suas fantasias inconscientes. A partir daí o quadro doloroso se exacerba, além do esperado por suas lesões físicas.

Caso 2

A, 32 anos, mulher, iniciou a queixar-se de cefaléia após o nascimento da única filha, há 5 anos. A cefaléia é hemicraniana, por vezes à direita, outras, à esquerda. A dor é diária e a paciente faz uso abusivo de ergotamínicos e benzodiazepínicos. Na história, observa-se piora da dor nos períodos de crise conjugal e um curto período de alívio quando a paciente morou com a mãe. O nascimento da filha significou para ela várias perdas. Além de não ser um filho homem, como esperava, sentia-se abandonada pelo marido, cuidando sozinha da filha. Nos primeiros meses temia ficar sozinha com o bebê, sentindo-se capaz de

provocar algum ataque à filha.

Comentários

Para ela, perdera o marido, o bebê masculino (que simbolizava a criação de algo valioso para agradar ao pai e então sentir-se valorizada) e todas as expectativas que tinha sobre sua capacidade de ser mãe.

O nascimento da filha para esta paciente se tornou uma verdadeira dor de cabeça. Conviver com estes intensos conflitos muito provavelmente aumentou a intensidade do seu nível tensional, desencadeando as reações somáticas observadas.

Caso 3

B, 60 anos, mulher, começou a sentir dores incapacitantes em várias partes do corpo há 20 anos. Naquela época havia se separado do marido, que assumira um relacionamento extra-conjugal. Impunha-se uma série de limitações para as quais usava como desculpa a dor, como por exemplo, sua evitação de um novo relacionamento amoroso.

Comentários

Numa visão rápida deste caso, pode-se notar seu comportamento evitativo em relação a possíveis aproximações amorosas. Talvez o insucesso de seu casamento já fosse expressão de suas dificuldades. Posteriormente, as queixas dolorosas se tornaram uma defesa usada sistematicamente por ela.

Caso 4

E, 35 anos, solteira, sente dores em todo o corpo há 14 anos, quando foi diagnosticada úlcera gástrica. Não mantém relações afetivas próximas e, a cada tentativa de aproximação masculina, apresenta crises de dor que a fazem permanecer reclusa vários dias.

Comentários

Para E todos os homens são potencialmente alcoolistas e agressores, assim

como a figura paterna que descreve.

Nas vinhetas clínicas relatadas encontram-se situações que ilustram muitas das características que vêm sendo descritas na literatura como integrantes do comportamento doloroso crônico. Esta situação é desadaptativa e requer uma abordagem multidisciplinar. Muitas vezes, o paciente não responde da maneira esperada às intervenções terapêuticas instituídas pela presença deste tipo de quadro psiquiátrico associado e não diagnosticado.

Tratamento

Para que as medidas terapêuticas sejam mais eficazes, o melhor é que o tratamento da dor crônica seja efetuado de maneira interdisciplinar, ou seja, que os vários especialistas envolvidos ajam integrada e complementarmente, e não isoladamente uns dos outros.

Poucos procedimentos cirúrgicos são eficientes no tratamento ou controle da dor e a maioria deles trazem efeitos colaterais piores que o quadro inicial. A dor pode retornar e mesmo piorar em 1 ano e meio após procedimentos como neurectomias, rizotomias, tractotomias e cordotomias.

A Organização Mundial de Saúde estabeleceu um protocolo de três degraus para o tratamento da dor. O primeiro degrau envolve o uso de anti-inflamatórios não-esteróides (AINE), como aspirina ou acetaminofem. O segundo degrau adiciona codeína aos AINE, com outros adjuvantes. O terceiro degrau emprega narcóticos opióides com medicação adjuvante. Concebido para a dor no câncer e com uma eficácia de 90% nestes casos, os três degraus são úteis para muitos tipos de dor aguda ajustados para o mecanismo de dor particular que está sendo tratado. Os AINE são úteis em dor aguda e crônica, como dor inflamatória, muscular, vascular e pós-traumática, ou quando o médico deseja usar um potente analgésico não-narcótico. Os AINE são semelhantes em eficácia e efeitos colaterais entre si.

Vários fármacos são utilizados como analgésicos adjuvantes no tratamento tanto da

dor aguda como da dor crônica, entre eles os antidepressivos monoaminérgicos tricíclicos, benzodiazepínicos, anticonvulsivantes como a carbamazepina e a gabapentina, hipnóticos, estimulantes, neurolépticos, anti-histamínicos, peptídeos e inibidores das prostaglandinas.

Antidepressivos

Os antidepressivos tricíclicos têm múltiplos mecanismos de ação e são moduladores de efeitos analgésicos também.

Pelo menos quatro mecanismos são conhecidos pelos quais os tricíclicos agem como analgésicos. Primeiro, aumentam o controle da dor inibitório espinhal periaquedutal descendente mediado pela serotonina e noradrenalina. Segundo, potencializam a ação dos opiáceos endógenos e exógenos. Terceiro, a ação anti-histamínica e nos alfa-receptores pode ser importante. Quarto, parece haver um efeito estabilizador de membrana, com alívio secundário de sintomas como insônia e ansiedade.

Mais freqüentemente, a ação analgésica dos tricíclicos é independente da antidepressiva. Na realidade, seu efeito analgésico é maior em pacientes não-deprimidos.

Nos casos em que a depressão está associada a dor crônica, os antidepressivos devem ser usados em doses e tempo adequados ao tratamento da depressão. As doses antidepressivas são maiores do que as analgésicas. Como os deprimidos são mais queixosos, inclusive de sintomas dolorosos, a melhora da depressão freqüentemente é acompanhada por diminuição das queixas de dor.

Anticonvulsivantes

Carbamazepina, clonazepam, gabapentina, ácido valpróico e fenitoína são cinco agentes usados para tratar dor central. Bloqueiam o disparo espontâneo e de alta freqüência nos neurônios aferentes, no corno dorsal da medula e tálamo. O alívio da dor pode ser conseqüência do bloqueio da hiperexcitabilidade dos neurônios mecanorreceptores centrais de baixo limiar. Uma dose de 100 a 600 mg/dia de gabapentina

tem sido bem tolerada e tem apresentado considerável sucesso no alívio da dor. Clonazepam, em dose de 1 a 4 mg/dia, é útil, por ter poucos efeitos colaterais, diminuir alodínia e ser compatível com outros agentes, como antidepressivos e opióides. Lorazepam intravenoso foi superior a morfina, lidocaína e placebo em um estudo sobre dor neuropática. Carbamazepina tem sido geralmente superior a fenitoína no tratamento da dor, sendo eficaz para neuralgia do trigêmio, dor pós-herpética, dor pós-simpática, neuropatia diabética, esclerose múltipla e neuralgias diversas. Níveis altos são necessários para uma boa eficácia. Ácido valpróico também pode ser utilizado em neuralgia pós-herpética, bem como cefaléia em cluster, enxaqueca, dor pós-operatória e várias neuralgias.

Eletroconvulsoterapia

Pode existir indicação de eletroconvulsoterapia (ECT) em casos graves de depressão maior. Porém, assumir que os quadros de dor crônica têm sempre um diagnóstico associado de depressão maior e, assim, indicar ECT no intuito de tratar a depressão e secundariamente aliviar a dor, está fadado ao insucesso.

Tratamentos psicológicos

As intervenções psicoterápicas têm se revelado um instrumento poderoso na abordagem destes pacientes, especialmente naqueles nos quais se identificou um comportamento doloroso crônico. Há casos em que é possível fazer uma avaliação psicodinâmica e surpreender uma pessoa motivada para este enfoque. Num grande número de pessoas, entretanto, a psicoterapia cognitivo-comportamental tem sido mais viável.

Uma das situações mais freqüentemente encontradas na clínica de dor crônica é o comportamento operante, ou seja, o que é reforçado por estímulos das pessoas próximas do paciente. Este, através de suas queixas, estimula alguém de sua convivência que responde com uma atitude superprotetora, reforçando a sua sensação de incapacidade, e assim por diante. Técnicas que visam cortar

este círculo vicioso, chamadas de técnicas comportamentais operantes, são muito eficazes nestes casos.

O envolvimento de familiares no tratamento também é muito importante, pois a relação destes pacientes com a família tem de ser bem entendida e tratada, pois podem funcionar como obstáculos ou como coadjuvantes.

A educação se relaciona tanto com os pacientes e seus familiares como com a equipe terapêutica. A orientação aos familiares cumpre um papel fundamental no tratamento, uma vez que eles podem favorecer comportamentos regressivos que retardam a reabilitação. Os pacientes também se beneficiam de algum grau de informação dirigida, pois este pode prevenir períodos de desânimo associados a recaídas. Quanto à equipe terapêutica é importante esclarecer aspectos relacionados à dosagem e ao uso da medicação se necessário. Às vezes pode envolver reuniões com a equipe de uma enfermaria, freqüentemente preocupada em não criar dependência química ou psicológica, assim subdosando a quantidade adequada para o controle eficaz da dor. Isto faz com que os pacientes cada vez mais solicitem medicação se necessário, estabelecendo um círculo vicioso.

Uma reabilitação bem sucedida tem por meta diminuir sintomas, aumentar a independência e retornar às atividades habituais. Mesmo em dores lombares, nas

quais 50% dos pacientes têm uma recorrência dentro de 3 anos a partir do episódio inicial, não há evidência que o retorno ao trabalho seja nocivo ao curso da síndrome dolorosa.

A grupoterapia tem também sido utilizada com sucesso para tratamento de pacientes com comportamento doloroso crônico.

Hipnose, condicionamento por imagens, exercícios, ioga e meditação são úteis para obter controle da dor, muitas vezes através do relaxamento muscular que proporcionam.

Lidar com dor crônica sempre ameaça dois fundamentos da sobrevivência: comportamentos de apego e defesas intrapsíquicas. Lidar com a dor significa ter pessoas ao redor que possam reforçar a coragem para enfrentar a dor e ter mecanismos intrapsíquicos adaptativos que ajudem a negociar com os pensamentos e sentimentos que afloram na mente. As formas de lidar também são dependentes do contexto e são mais efetivas quando incluem o casal ou a família.

Os aspectos psicodinâmicos envolvem conflitos sobre a autonomia e cuidados. Antigos conflitos com a maternagem podem sugerir sentimentos ambivalentes com os métodos de reabilitação. A vergonha pode imitar a depressão e desencadear comportamentos evitativos e contra a dependência. Um certo grau de regressão é necessário para que o paciente se submeta aos cuidados indicados para a sua reabilitação, mas pode se manifestar

Quadro 4. Razões para encaminhar um paciente para internação em uma clínica ou serviço multidisciplinar de dor

Quando o diagnóstico da patologia física ou psiquiátrica está completo, ou, ao contrário, quando está tão obscuro que uma observação intensiva é necessária.

Quando a consultoria de um médico independente é necessária para confirmar que nenhuma modalidade única de tratamento ambulatorial é efetiva.

Quando o paciente já obteve o benefício máximo de tratamentos ambulatoriais tais como analgésicos não esteróides, bloqueio nervoso, antidepressivos e reabilitação física e mental.

Se o paciente mostra comportamento doloroso anormal e concorda com as metas de melhorar o manejo da dor, reabilitação e avaliação psiquiátrica.

Quando o uso de medicações para o alívio da dor são muito complexas ou o manejo para adesão ao tratamento exige uma atenção médica direta.

Quando é necessário um contrato entre médico e paciente para estabelecer o uso de estratégias ou esquema medicamentoso especial.

como não-aderência, e queixas contra a ajuda.

O médico, como figura protetora, é alvo de sentimentos tanto idealizados como raivosos. Quando a cura não acontece, uma das tarefas do psiquiatra é clarear como estes problemas interferem na relação médico-paciente. A compreensão destes sentimentos e papéis pode ajudar o médico a ser um continente adequado para o paciente.

Os cuidados modernos de saúde têm se caracterizado por serem fragmentados, facilitando freqüentes desentendimentos entre os profissionais e entre estes e os pacientes e seus familiares. Para ser de ajuda efetiva, o psiquiatra deve ser sensível aos sentimentos inconscientes do paciente e estar preparado para manejar com mecanismos de defesa inconscientes, como a negação, e utilizar e/ou indicar técnicas de aconselhamento familiar, relaxamento, reabilitação física, exercícios, farmacoterapia e psicoterapia.

Tratamento hospitalar

O tratamento ambulatorial de um paciente com uma síndrome dolorosa crônica pode passar a um nível de cuidados hospitalares em determinadas condições, que estão citadas no quadro 4.

Referências

1. International association for the study of pain (IASP). Subcommittees on taxonomy. Classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. Pain 1986;(suppl. 3S): 217.
2. Bonica JJ. Definitions and taxonomy of pain. In: Bonica JJ (editor). The management of pain. 2nd ed. Philadelphia: Lea & Febiger Ed 1990.
3. Catchlove RFH e cols. Incidence and implications of alexithymia in chronic pain patients. J Nerv Ment Dis 1985;4:246-8.
4. Aguiar R, Branchtein LC. Avaliação psiquiátrica do paciente com dor crônica: relato e discussão de um caso clínico. Cadernos do IPUB 1997;(6):155-61.
5. Bouckoms A, Hackett TP. The pain patient. In: Cassem N (editor). Handbook of general hospital psychiatry. 4th ed. St. Louis: Mosby; 1997. p.367-413.
6. Gildenberg PL, Devaul RA. O paciente de dor crônica. Rio de Janeiro: Colina Ed; 1987.
7. Aguiar R, Lago PF, Minotto A, Becker AL, Caleffi L. Síndrome de münchhausen: relato de dois casos. R AMRIGS 1990;2:119-23.
8. Aguiar R, Branchtein LC. Avaliação psiquiátrica de 15 pacientes com dor crônica: discussão de resultados. Tema-livre apresentado no XII Congresso Brasileiro de Psiquiatria, Gramado, 1992.