

Perturbação de Dor

Carlos Capela*, Rita Loura*

Resumo:

A Perturbação de Dor é uma perturbação psiquiátrica diagnosticada quando a dor se torna o foco predominante da apresentação clínica e causa sofrimento ou deterioração significativa. Para além do elevado impacto económico, existe uma relação recíproca com o estado afectivo. A dor é uma sensação subjectiva e a sua gravidade e qualidade como experiência num indivíduo é dependente de uma complexa mistura de factores. No tratamento da dor aguda, o objectivo primário é o alívio da dor, enquanto que a dor crónica geralmente requer uma associação de psicoterapia com medicação. Neste contexto, também é importante reconhecer e tratar a depressão. Os tratamentos psicológicos visam dotar o doente de mecanismos para controlar e “viver com a dor”, em vez de aspirar a eliminá-la completamente. Actualmente, um grupo crescente de investigadores propõe a eliminação do capítulo das Perturbações Somatoformes e a modificação da categoria “factores psicológicos afectando uma condição médica” para “factores psicológicos afectando uma condição médica identificada ou receada” com entidades clínicas como subtítulos, largamente baseadas nos Critérios de Diagnóstico para a Investigação Psicossomática.

Palavras-Chave: Perturbações Somatoformes; Depressão; Psicoterapia; Medicina Psicossomática.

Pain Disorder

Abstract:

Pain Disorder is a psychiatric condition diagnosed when pain becomes the predominant focus of the clinical presentation and causes suffering or significant deterioration. Beyond the high economic impact, there is a reciprocal relation with depression. Pain is a subjective sensation, and its severity and quality at the individual level is dependent on a large complexity of factors. In the treatment of acute pain, the primary goal is the relief of pain, while in chronic pain the treatment generally requires an association of psychotherapy with medication. In this context, it is also important to recognize and to treat underlying depression. Psychological treatments are aimed at helping the patient reach control and “live with pain”, instead of eliminating it completely. Currently, an increasingly larger group of investigators considers the elimination of Somatoform Disorders and the modification of the category “psychological factors affecting a medical condition” for “psychological factors affecting either identified or feared medical conditions” with clinical specifiers as subclassification headings, mainly based in the Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research.

Key-Words: *Somatoform disorders; Depression; Psychotherapy; Psychosomatic Medicine.*

“Sintomas físicos sugerem uma perturbação física...”

American Psychiatric Association 1987

“A somatização pode ser entendida como um mecanismo de expressão de problemas psicológicos de uma forma socialmente aceite, tendo por base padrões culturais.”

Psychiatry 2003; 2:1: 15-19

1. INTRODUÇÃO

Os doentes procuram os médicos devido a sintomas e os médicos diagnosticam as doenças para os explicar. Os sintomas são a experiência subjectiva do doente das alterações ocorridas no seu corpo. Este modelo não funciona quando o médico não encontra alterações objectivas para explicar a experiência subjectiva do doente. Aquilo que os

autores anglo-saxónicos denominam como “unexplained physical symptoms” tem recebido em português várias designações que incluem: somatização, perturbações somatoformes, sintomas não explicados medicamente e sintomas somáticos funcionais.

A somatização é um mecanismo que faz parte de várias perturbações (Tabela 2) normalmente observadas pelos psiquiatras de ligação, e que pode ocorrer^{1, 2}:

1. Como um normal acompanhante de uma doença orgânica;
2. Como uma apresentação comum de Depressão;
3. Como um componente nuclear de doença (síndromas somáticos). De facto, cada especialidade médica parece ter pelo menos um (Tabela 1);
4. Como parte de um padrão de comportamento de longa duração (Perturbação de Somatização).

ESPECIALIDADE MÉDICA	SÍNDROMAS SOMÁTICOS
Gastroenterologia	Síndrome do cólon irritable, dispepsia não-ulcerosa
Ginecologia	Síndrome pré-menstrual, dor pélvica crónica
Reumatologia	Fibromialgia
Cardiologia	Pré-cordialgia atípica ou não-cardíaca
Neurologia	Cefaleia de tensão

Tabela 1 – Síndromas Somáticos funcionais por especialidade

1.1. A dor como Perturbação Somatoforme
Em 1994, a Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP – *International Association for the Study of Pain*) definiu a dor como uma

sensação desagradável associada a um processo destrutivo actual ou potencial dos tecidos, e que se expressa através de uma reacção orgânica e emocional.

DSM-IV		ICD-10	
Código	Categoria	Código	Categoria
300.81	Perturbação de Somatização	F45.0	Perturbação de Somatização
300.81	Perturbação Somatoforme Indiferenciada	F45.1	Perturbação Somatoforme Indiferenciada
300.11	Perturbação de Conversão	F44.	Perturbação de Dissociação (Conversão)
307.80	Perturbação de Dor	F45.4	Perturbação de Dor Somatoforme Persistente
300.7	Hipocondria	F45.2	Perturbação de Hipocondria
300.7	Perturbação Dismórfica Corporal		
300.81	Outra Perturbação Somatoforme não especificada	F45.3	Disfunção Autonómica Somatoforme
		F45.8	Outras Perturbações Somatoformes
		F45.9	Perturbação Somatoforme Inespecífica
		F48.0	Neurastenia (na categoria das outras perturbações neuróticas)

Tabela 2 – Códigos e categorias equivalentes para as Perturbações Somatoformes na DSM-IV⁸ e na ICD-10⁹.

Enquanto o conceito de dor é consensual, o mesmo não se pode dizer em relação à sua classificação, pois esta tem sido sujeita a inúmeros debates e continua ainda um problema por resolver. Existem diferentes pontos de vista em relação à sua etiologia, que é frequentemente um critério crucial para o diagnóstico. Muitos investigadores e clínicos concordam que os factores orgânicos, bem como os factores psicológicos, contribuem substancialmente para o desenvolvimento e manutenção das situações de dor.

A dor é um sintoma muito frequente em doentes com perturbações mentais e psicofisiológicas, daí que sistemas de classificação psiquiátrica como o DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*

– *Fourth Edition* – *American Psychiatric Association, 1994*) e o ICD-10 (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision* – *World Health Organization, 1993*) possuam categorias separadas em relação à dor. Os critérios incluídos nestes sistemas de classificação são utilizados quando a dor do doente não é totalmente explicada pela doença física ou pela condição médica conhecida. Também podem ser aplicados se a extensão das queixas dolorosas ou da incapacidade socio-ocupacional são maiores do que o esperado pelos achados clínicos.

As abordagens actuais da DSM-IV e da ICD-10 são muito similares. Ambos os sistemas classificam principalmente a dor no capítulo

das perturbações somatoformes (Tabela 2) e definem uma categoria específica para doentes em que a dor é a característica clínica predominante. Esta categoria é denominada “Perturbação de Dor” na DSM-IV e “Perturbação de Dor Somatoforme Persistente” na ICD-10^{3, 4, 5 e 6}.

Neste artigo utilizaremos o termo “Perturbação de Dor” (PD), contemplado na DSM-IV. A escolha deste termo baseia-se na definição da dor pela IASP, da qual se infere que a percepção de dor é, em parte, uma resposta psicológica a um estímulo nocivo. Esta definição alude à complexa natureza da dor e afasta-se das ideias dualistas iniciais, em que a dor era psicogénica (de origem mental) ou somatogénica (de origem física). A visão contemporânea caracteriza a dor como multidimensional (sistema nervoso central, emoções, pensamentos e convicções estão simultaneamente envolvidos)⁷.

1.2 A Perturbação de Somatização

Enquanto que a PD constitui a categoria mais importante na DSM-IV para doentes sofrendo de dor, o sintoma de dor pode ser também encontrado na definição de outros três diagnósticos. Na “Dispareunia” e “Vaginismo”, a dor é restrita ao acto sexual. Na “Perturbação de Somatização” (PS), 10 diferentes sintomas de dor são listados juntamente com outros 23 sintomas físicos para definir um síndrome abrangendo queixas orgânicas múltiplas. O diagnóstico de PS requer a presença de

pelo menos 4 sintomas de dor, 2 sintomas gastrointestinais, 1 sintoma sexual ou reprodutivo e 1 sintoma neurológico. Como para todas as Perturbações Somatoformes, os sintomas só são contados como relevantes se eles não são, ou são apenas em parte, atribuídos a uma condição médica. Apesar dos doentes com PS também sofrerem de dor, a sua sintomatologia é complicada por várias queixas físicas adicionais, as quais frequentemente se modificam durante o curso da perturbação. Pelo contrário, na PD, muitos doentes não reportam espontaneamente outros sintomas⁵.

2. EPIDEMIOLOGIA

A dor é uma das razões mais frequentes de consulta médica. Em estudos comunitários britânicos, 1/3 dos inquiridos refere dor de mão, punho ou ombro no último ano. Entre 10% a 13% da população preenche os critérios para fibromialgia, com a prevalência a aumentar com a idade¹⁰. Durante a década de 80 e 90, as perturbações músculo-esqueléticas como a “dor lombar” eram a razão mais comum de ausência laboral de longo termo. A incapacidade devido a perturbações músculo-esqueléticas aumentou mais de 200% nos homens e 350% nas mulheres¹¹.

Outro estudo¹² realizado também no Reino Unido demonstrou que os exames complementares realizados pelos doentes com perturbações somatoformes é, do ponto de vista financeiro, o dobro dos restantes doentes que

utilizaram de forma frequente os cuidados de saúde primários. Adicionalmente, uma grande parte do absentismo por doença no Reino Unido é contabilizada por estes doentes.

Para além destes aspectos, outros estudos indicam ainda que a prevalência de PD é maior nas mulheres do que nos homens (2♀:1♂), com um pico de incidência entre a 4ª e 5ª décadas de idade, especialmente naqueles com profissões de colarinho azul, ou seja, menos diferenciadas^{13, 14}.

2.1 Factores Psicológicos

Os doentes com síndromas somáticos funcionais têm elevadas taxas de perturbações psiquiátricas, particularmente ansiedade, pânico, depressão e perturbações somatoformes. Os doentes deprimidos têm maior tendência para apresentar queixas de dor, procuram mais frequentemente ajuda médica e têm menor percepção da sua capacidade para controlar a dor.

A relação de causa e efeito entre os síndromas somáticos funcionais e as perturbações psiquiátricas é muito debatida porque é frequentemente difícil determinar qual a condição inicial e qual a secundária. Por exemplo, muitos doentes com perturbações músculo-esqueléticas queixam-se que a dor os tornou deprimidos, o que pode ser explicado pelo modelo de medo-evicção (Figura 1), bastante estudado nas “dores lombares”. Doentes com queixas de dores músculo-esqueléticas geralmente evitam actividades que lhes dão

prazer devido à preocupação de agravamento dos sintomas. Uma diminuição marcada de actividades e interesses é um achado comum e frequente nestes doentes. Concluindo, a experiência da dor é modificada pela sua cronicidade, existindo uma relação recíproca com o estado afectivo (com a dor crónica predispondo para a depressão, enquanto que a depressão tende a agravar a experiência subjectiva da dor).

O abuso de substâncias (incluindo a dependência iatrogénica de opiáceos) e perturbações de personalidade são também muito frequentes na PD^{2, 13, 14 e 15}.

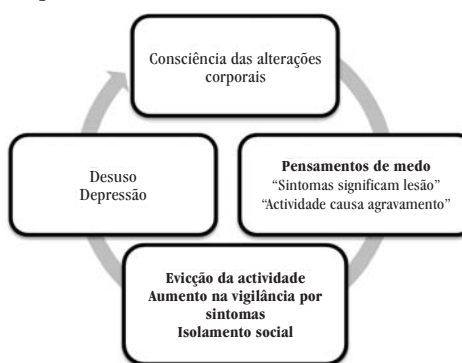


Figura 1 – Modelo Cognitivo de Medo-Evicção.

3. ETIOLOGIA

A dor é uma sensação subjectiva e a sua gravidade e qualidade como experiência num indivíduo são dependentes de uma complexa mistura de factores intra-pessoais, inter-pessoais e biológicos (Figura 2).

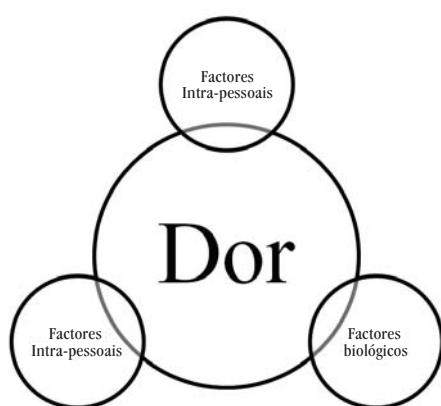


Figura 2 – Factores que interferem com a sensação de dor.

Os adultos não registam as experiências em tábua rasa, pelo contrário, todos tiveram na sua vida acontecimentos no contexto de:

1. Treino pessoal baseado em acontecimentos críticos do desenvolvimento;
2. Cultura centrada na família transmitida precocemente;
3. Valores da sociedade quanto a comportamentos apropriados e aceitáveis, incluindo as formas de expressão de sentimentos.

Todos estes aspectos do passado individual interagem com as redes neuronais constitucionais e com os modos de resposta pré-programados.

3.1 Factores Intra-Pessoais

Os eventos psicodinâmicos nos primeiros anos de vida podem manifestar-se mais tarde

na maneira de processar a doença e outros tipos de sofrimento. Por exemplo:

1. Ter dor e expressar aflição leva os outros a prestarem a atenção requerida. Mais tarde, a experiência da dor pode estar associada com a necessidade de obtenção de amor por parte de outro, que outrora estaria ausente;
2. Ou experiências dolorosas, como maus tratos repetidos por pais abusadores, podem mais tarde criar uma resposta de dor em relação a um comportamento errado, como punição auto-imposta.

Mas nem todos os doentes com dor grave e comportamento doloroso incomum tiveram experiências disfuncionais no início da vida levando a uma organização psicopatológica da estrutura do carácter. Devemos estar sempre atentos à possibilidade da existência de características de personalidade masoquistas, dependentes ou narcisistas, que podem influenciar o modo como o doente lida com a dor.

3.2 Factores Inter-Pessoais

Os comportamentos podem ser reforçados ou inibidos. No primeiro caso, o reforço pode ser dado por pessoas afectivamente importantes para o doente, sob a forma de maior atenção quando a dor crónica se intensifica. Este facto pode levar à aprendizagem da manipulação da dor, como forma de obter mais afecto. É bastante comum a observação da existência de uma família caótica e pouco atenta, ou de um casamento disfuncional, em que estes se reorganizam em torno da dor crónica de um dos seus membros.

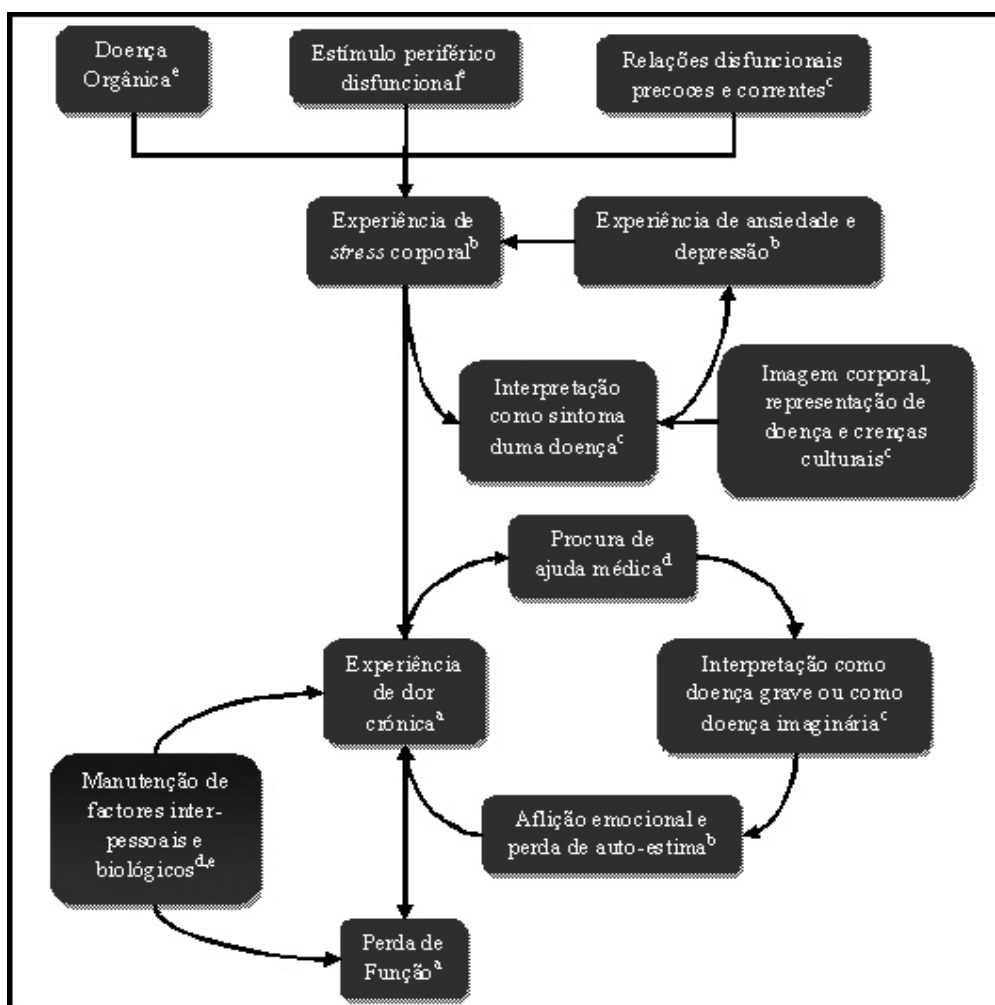


Figura 3 - Modelo para a PD baseado num modelo hipotético de síndromas somáticos funcionais. a=sintomas nucleares; b=sintomas acompanhantes; c=fatores socioculturais e psicológicos; d=fatores comportamentais e inter-pessoais; e=fatores orgânicos.

Por fim, é frequente existirem ganhos secundários em consequência da dor, como ganhos monetários e evicção de actividades indesejáveis.

3.3 Factores Biológicos

Os centros corticais e subcorticais processam e filtram os impulsos aferentes. Assume-se que muitas partes do organismo enviam sinais sensoriais para o cérebro. Devido aos processos de filtração neuronal muitos destes sinais não se tornam conscientes nos indivíduos saudáveis. A existência de anomalias nas estruturas sensoriais e límbicas pode determinar a gravidade de uma experiência dolorosa.

A teoria do *gate* propõe um mecanismo de portão no corno dorsal da medula espinhal que controla os sinais aferentes da dor. Na PD, os estímulos aferentes são percebidos e interferem com o comportamento planeado e o pensamento intencional. Consequentemente, as razões para esta (errada) percepção podem ser resultantes da amplificação das aferências (a deficiência de endorfinas correlaciona-se com o aumento dos estímulos aferentes) ou a redução das capacidades de filtração (a serotonina, relativamente diminuída na depressão, foi implicada como o principal neurotransmissor nas vias inibitórias descendentes)^{14, 15, 16}.

<p>DSM-IV: Perturbação de Dor (307.80)</p> <p>A. Dor num ou mais locais anatómicos é o foco predominante da apresentação clínica e de gravidade suficiente para requerer atenção clínica.</p> <p>B. A dor causa sofrimento ou deterioração clinicamente significativa na área social, ocupacional ou outras áreas importantes de funcionamento.</p> <p>C. Os factores psicológicos são considerados como tendo um papel importante no início, gravidade, exacerbação ou manutenção da dor.</p> <p>D. O sintoma ou défices não são intencionalmente produzidos ou fingidos (como na perturbação factícia – síndrome de Munchausen – ou na simulação).</p> <p>E. A dor não é melhor explicada pelo humor, ansiedade, ou perturbação psicótica, e não preenche os critérios para dispareunia.</p> <p><i>Especificar:</i> Aguda ou crónica (isto é, duração menor ou maior que 6 meses).</p> <p><i>Especificar:</i> Associada com factores psicológicos (307.80), ou com ambos os factores: psicológicos e físicos (condição médica geral) (307.89).</p>
<p>ICD-10: Perturbação de Dor Somatoforme Persistente (F45.4)</p> <p>A. Dor grave persistente ou aflitiva (pelo menos 6 meses, e continua na maioria dos dias), em qualquer parte do corpo, que não pode ser explicada adequadamente pela evidência de um processo fisiológico ou perturbação física, e a qual é consistentemente o foco principal da atenção do doente.</p> <p>B. Esta perturbação não ocorre na presença de esquizofrenia e perturbações relacionadas (F20-29), nas perturbações do humor (afectivas) (F30-F39), perturbação de somatização, perturbação somatoforme indiferenciada, ou perturbação hipocondríaca.</p>

Tabela 3 - Critérios de diagnóstico de Perturbação de Dor^{8, 9}.

4. DIAGNÓSTICO E CLÍNICA

A PD é uma condição psiquiátrica diagnosticada quando a dor se torna o foco predominante da apresentação clínica e causa sofrimento ou deterioração significativa.

Os critérios de diagnóstico da DSM-IV e da ICD-10 incluem a existência de um ou mais tipos de dor, sofrimento ou deterioração clinicamente significativa e factores não-orgânicos, que contribuem para o comportamento e percepção da dor.

De notar que o clínico não é forçado a determinar a etiologia exacta da dor: a DSM-IV requer somente que os factores psicológicos tenham um importante papel e a ICD-10 aceita situações de dor como relevantes quando estas “não podem ser explicadas adequadamente pela evidência de um processo fisiológico ou uma perturbação física”.

4.1 Manifestações Clínicas

A característica principal da PD é a dor, sendo as outras preocupações minorizadas. A dor é fonte de todo o sofrimento do doente, por exemplo, se este está deprimido ou tem insónia, estes sintomas são frequentemente considerados pelo doente como secundários à dor, remetendo-os para segundo plano. Outros sintomas comuns associados com a PD incluem as alterações no apetite (aumento ou diminuição), ansiedade, perda de energia (astenia), diminuição do interesse/prazer em actividades sociais em casa ou no trabalho (anedonia) e declínio no interesse sexual (redução da libido).

4.2 Locais da Dor

Os tipos de dor mais frequentemente envolvidos na PD são as cefaleias, dor facial atípica, dor lombar, dor pélvica crónica, dor abdominal e a dor torácica atípica, mas qualquer outro local do corpo é um alvo potencial^{5, 14}.

5. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Perante a hipótese diagnóstica de PD várias outras situações clínicas devem ser excluídas, nomeadamente dispareunia, vaginismo, perturbação de somatização, perturbação de conversão, depressão, psicose e simulação.

5.1 Depressão

A depressão é a doença psiquiátrica mais comum que se apresenta como uma PD. O doente com depressão possui, frequentemente, uma história de episódios anteriores de depressão com apresentações clínicas não associadas à dor, ou uma história familiar de depressão major, com ou sem dor como parte do seu quadro clínico. Nenhum tipo de dor está relacionado em particular com a existência de depressão, para poder alertar o médico. Contudo, na presença de PD acompanhada por depressão, esta última é descrita pelo doente como secundária à dor.

Algumas vezes, a melhor maneira de diagnosticar a depressão num doente com dor é realizar uma prova terapêutica com um antidepressivo. A melhoria dramática da dor e dos sinais vegetativos de depressão fornece a resposta à questão clínica.

5.2 Perturbação de Conversão

Adicionalmente à dor, existem outros sintomas associados com disfunção motora ou sensorial, para além de que a dor possui algumas características próprias da perturbação:

1. Um significado simbólico para o doente;
2. Um modelo de conversão, frequentemente um parente ou outro membro da família próxima;
3. E, por último, a dor não segue nenhuma via anatómica conhecida.

5.3 Perturbação de Somatização

O doente típico tem uma longa história de dor com início antes dos 30 anos envolvendo os sistemas gastrointestinal, reprodutivo e nervoso. Os critérios para o seu diagnóstico já foram referidos anteriormente.

5.4 Psicose

Quando uma psicose, associada a esquizofrenia ou a demência, se apresenta com dor, esta é uma ilusão e o seu padrão é atípico, tanto em relação à qualidade como à distribuição. O tratamento deve basear-se na perturbação psiquiátrica subjacente. Contudo, as convicções delirantes podem impedir o doente de cooperar com o plano terapêutico.

5.5. Dispareunia e Vaginismo

Em ambos a dor é sentida durante as relações sexuais. Na dispareunia, a dor existe sem que se produza contracção da vagina. No vaginismo, a dor é atribuída à contractura dos músculos constritores da vagina.

5.6 Simulação

A detecção de indivíduos que mentem consciente e propositadamente acerca da dor é muito difícil. Estes indivíduos não estão interessados nos mesmos resultados que o médico, ou seja, no alívio da dor. Registos clínicos antigos denunciam, algumas vezes, estes indivíduos que tentaram fingir noutras situações e de outras maneiras. Ao contrário dos doentes com síndrome de Munchausen, que perpetuam o papel de doente com o objectivo de obter atenção e cuidados médicos, os simuladores estão interessados noutros benefícios. É interessante referir que os doentes com síndrome de Munchausen aderem voluntariamente a procedimentos dolorosos, enquanto que os simuladores não¹⁴.

6. TRATAMENTO

A solução para lidar com doentes com PD é o diagnóstico preciso e a concentração no nível de funcionamento do doente. A dor do doente e as situações de sofrimento são sempre avaliadas em cada visita, mas o objectivo do tratamento é avançar para a recuperação da função.

O tratamento do doente com PD necessita de ser multidisciplinar e multidimensional. O planeamento das equipas de tratamento é importante desde o início e a sua coordenação deve realizar-se numa base periódica. Dependente da apresentação aguda ou crónica da dor o tratamento pode envolver um ou mais dos seguintes componentes (Tabela 4):

tratamento farmacológico e psicoterapêutico (treino de relaxamento, terapia de grupo, hipnose, terapia cognitivo-comportamental, entre outros). Se a dor for aguda, o objectivo primário é o seu alívio. Os fármacos mais utilizados são o acetaminofeno ou os anti-inflamatórios não esteróides (AINEs). Quando se torna necessário prescrever analgésicos opióides, estes devem ser combinados com os AINEs de modo a que a sua dose possa ser reduzida. A psicoterapia é menos importante no tratamento da dor aguda do que na dor crónica. O tratamento da dor crónica geralmente requer uma associação de psicoterapia com medicação.

6.1 Antidepressivos

É importante reconhecer e tratar a depressão. Os antidepressivos tricíclicos (ADTs) reduzem a dor, melhoram o sono e reforçam os efeitos dos opióides (como a codeína e a oxiconona) para além de reduzirem a depressão. O alívio da dor pode ocorrer em poucos dias, enquanto a melhoria da depressão pode demorar várias semanas. Normalmente, os ADTs são prescritos para a dor num 1/3 a 1/2 da dose estabelecida para a depressão e são particularmente eficientes na dor neuropática, cefaleias, dor facial, fibromialgia e artrite.

6.2 Tratamento das alterações do sono

A dor e a depressão diminuem a qualidade revigorante do sono. Quando o ciclo de dor, depressão, insónia e fadiga se estabelece tende a autopertuar-se. O tratamento pode incluir an-

tidepressivos, treino de relaxamento e educação referente a uma boa higiene de sono.

6.3 Terapia Cognitivo-Comportamental

Muitos doentes que sofrem de dor crónica experienciam isolamento, sofrimento, frustração e perda de confiança relativamente à sua capacidade de superar a dor. Subsequentemente, os doentes podem adoptar atitudes passivas e impotentes de resolução do problema. O objectivo da terapia cognitivo-comportamental (TCC) é a restauração do sentido de auto-eficiência, utilizando para esse fim a educação dos doentes acerca do ciclo de dor e tensão, o ensino de como podem activamente controlar a dor e o sofrimento, e informação acerca dos efeitos terapêuticos das suas medicações. A TCC é limitada no tempo, estruturada e orientada por objectivos.

Algumas técnicas de redução da tensão incluem o relaxamento muscular progressivo, imaginação visual, hipnose e *biofeedback*. Os diários de dor são úteis para descrever os padrões de dor e para ajudar o doente a identificar actividades, emoções e pensamentos que aliviam ou pioram a dor. Os diários podem também ser úteis na avaliação da eficácia da medicação.

O aspecto cognitivo da TCC é baseado na teoria de aprendizagem cognitivo-social. O objectivo é ajudar o doente a restabelecer as suas ideias acerca da natureza da dor, bem como possibilitar a sua auto-gestão efectiva. Em particular, o doente é ensinado a identificar e modificar os pensamentos negativos ou distorcidos de impotência perante a dor.

6.4 Condicionamento operante

Os princípios do condicionamento operante são ensinados ao doente e aos membros da família para que os comportamentos e actividades indolores sejam reforçados e encorajados. O objectivo é eliminar os comportamentos dolorosos, como a passividade, inactividade e a confiança exagerada na medicação.

6.5 Outros tratamentos

Outros tratamentos efectivos no controlo da dor incluem a acupunctura, a estimulação nervosa eléctrica transcutânea, injeções em pontos gatilho, bloqueio de nervos, ablação cirúrgica, meditação, exercício, yoga, música e arte^{2, 14, 17, 18 e 19}.

Síndrome Somática	Farmacoterapia		Terapia não farmacológica		Outros
	Periférico	Central	Psicoterapia e terapia comportamental activa	Intervenção física passiva	
Fibromialgia	Corticóides (-) AINEs (-)	ADT (+++) Ciclobenzaprina (+++) ISRS (+) ISRSN (++) Tramadol (++)	TCC (++) Exercício aeróbio (+++) Educação do doente (+++) Terapia multidisciplinar (+++) Hipnoterapia (++) Bio-retroalimentação (++)	Injeções em pontos gatilhos (-) Terapia de Quiroprática (+) Terapia de Massagens (+) Terapia manual (+)	Acupunctura (++)
Cefaleia de tensão	Toxina botulínica (+) Niacina (-)	ADT (+++) ISRS (++)	Terapia comportamental (++)	Manipulação da coluna (-) Fisioterapia (-)	Acupunctura (+)
Toracalгия não específica	Intervenções psicológicas (++)
Dor pélvica crónica	Progestagénios Goserelina (+)	Sertralina (-)	Aconselhamento e ecografia (+) Tratamento multidisciplinar (+)	Adesiolise (-) Ablação dos nervos uterinos (-) Técnicas manuais (-)	...
Dor lombar crónica	AINEs (+++)	ADTT (+++) ISRS (-) Opióides (++)	TCC (+++) Terapia multidisciplinar (+++) Terapia de Exercício (++) Escolas da coluna (++)	Desnervação por radiofrequência (+) Proloterapia (-) Estimulação nervosa eléctrica transcutânea (-) Manipulação da coluna (+)	Acupunctura (+)

Tabela 4 – Tratamento de Síndromas Somáticos (evidência de 23 revisões sistemáticas desde 2001 da Cochrane)¹⁷. AINEs=Anti-inflamatórios não-esteróides; ADT=Anti-depressivos tricíclicos; ADTT= Anti-depressivos tricíclicos e tetracíclicos; ISRS=Inibidores selectivos da recaptção de serotonina; ISRSN=inibidores selectivos da recaptção de serotonina e noradrenalina; TCC=Terapia cognitivo-comportamental; (+++)=evidência forte; (++)=evidência moderada; (+)=evidência fraca; (-)=sem evidência.

Esta tabela não lista todos os tratamentos com fraca ou sem evidência destas revisões sistemáticas.

7. PROGNÓSTICO

O prognóstico para a total remissão dos sintomas é, geralmente, bom na dor aguda e não tão promissor na dor crónica. O padrão típico da dor crónica compreende agudizações ocasionais que alternam com períodos de dor moderada a ligeira. O prognóstico quanto à remissão de sintomas é melhor quando os doentes continuam a trabalhar. Inversamente, o desemprego, o isolamento, o sentido de ressentimento e a inatividade correlacionam-se com a persistência da PD. Adicionalmente, se existem reforços positivos da dor, como no caso de compensação financeira pela incapacidade continuada, um esposo excessivamente solícito, um abuso de fármacos aditivos, a remissão é menos provável.

Os resultados de estudos comparando tratamentos da PD verificaram que a conjugação de TCC com antidepressivos é o regime continuado mais eficaz. Contudo, doentes com dor crónica podem responder melhor a outros tratamentos, e neste sentido é importante que o doente e os profissionais de saúde encontrem um conjunto de estratégias eficazes e individualizadas para ultrapassar os problemas^{14, 18}.

8. PREVENÇÃO

A PD pode ser prevenida por intervenções precoces, isto é, no início da dor ou nos estádios iniciais da dor recorrente. Quando a dor se torna crónica, é especialmente importante encontrar ajuda ou aprender e implementar

estratégias para controlar o sofrimento, antes do desenvolvimento da inatividade e do desespero. Muitos doentes com dor contactam pela primeira vez o seu médico de família, que os pode referenciar a um profissional de saúde mental ou a uma clínica da dor. Os médicos de família devem assegurar que a referenciação para ajuda psicológica não é estigmatizante e de maneira nenhuma minimiza as queixas de dor^{14, 18}.

9. ORIENTAÇÕES FUTURAS

Desde a sua introdução na DSM-III, as Perturbações Somatoformes têm sido alvo de diversas críticas. A sua sobreposição com a ansiedade e a depressão, bem como a etiologia incerta das queixas somáticas do doente tornam este diagnóstico pouco útil para o clínico. Os diferentes quadros clínicos englobados nas Perturbações Somatoformes, como a PS, têm baixa prevalência e apenas podem ser usados quando os sintomas são referidos como “psicogénicos”. Quando estamos perante perturbações médicas, a DSM permite o uso da categoria “factores psicológicos afectando uma condição médica” (código 316). As características essenciais para o seu diagnóstico são a presença de uma condição médica geral e de factores psicológicos afectando adversamente o seu curso e tratamento ou constituindo riscos para a saúde e respostas fisiológicas relacionadas com o stress. Esta categoria diagnóstica mal definida tem muito pouco impacto na prática clínica.

Um grupo crescente de investigadores²⁰ propõe (Tabela 5):

1. A eliminação da secção de Perturbações Somatoformes;
2. A modificação da categoria “factores psicológicos afectando uma condição médica” para “factores psicológicos afectando uma condição médica identificada ou receada” com entidades clínicas como subtítulos. Estas entidades clínicas propostas são

largamente baseadas nos Critérios de Diagnóstico para a Investigação Psicossomática. Esta modificação pode oferecer uma solução para a actual e inadequada classificação das Perturbações Somatoformes, sem perder ou colocar no lugar errado os síndromas clínicos que a inspiraram. Por outro lado, está de acordo com a medicina psicossomática, uma sub-especialidade psiquiátrica reconhecida²⁰.

DSM-IV	Nova Classificação
Perturbações Somatoformes	
Perturbação de Somatização	Eliminada; Substituída por Somatização Persistente e transferida para a categoria “factores psicológicos afectando uma condição médica identificada ou receada”
Perturbação Somatoforme Indiferenciada	Eliminada; Substituída por Somatização Persistente e transferida para a categoria “factores psicológicos afectando uma condição médica identificada ou receada”
Perturbação de Conversão	Redefinida como Sintomas de Conversão e transferida para a categoria “factores psicológicos afectando uma condição médica identificada ou receada”
Perturbação de Dor	Eliminada
Hipocondria	Transferida para a categoria “factores psicológicos afectando uma condição médica identificada ou receada”
Perturbação de Dismorfia Corporal	Transferida para a secção de Perturbações Ansiosas
Outra Perturbação Somatoforme não especificada	Eliminada
Factores psicológicos afectando uma condição médica	Factores psicológicos afectando uma condição médica identificada ou receada
	Hipocondria Fobia de Doença Somatização Persistente Sintomas de Conversão Negação de Doença Desmoralização Humor Irritável Outros factores psicológicos afectando uma condição médica identificada ou receada não especificados

Tabela 5 – Diferenças entre a DSM-IV e a nova classificação proposta.

10. CONCLUSÕES

A dor é um sintoma muito frequente em doentes com perturbações mentais e psicofisiológicas, em especial nos que sofrem de quadros de Depressão e Ansiedade.

A PD é uma condição psiquiátrica diagnosticada quando a dor se torna o foco predominante da apresentação clínica e causa sofrimento ou deterioração significativa. A sua etiologia é dependente de uma complexa mistura de factores (intra-pessoais, inter-pessoais e biológicos) e a sua expressão e localização é multiforme.

O tratamento da dor pode envolver um ou mais dos seguintes componentes, dependendo da sua apresentação aguda ou crónica: tratamento farmacológico e psicoterapêutico. Se a dor for aguda, o objectivo primário é o alívio da dor com fármacos (AINEs e opióides). A psicoterapia é menos importante no tratamento da dor aguda do que na dor crónica. O tratamento da dor crónica geralmente requer uma associação de psicoterapia com medicação e a conjugação da TCC com antidepressivos tem mostrado ser a mais eficaz.

As Perturbações Somatoformes, pela sua baixa prevalência, comorbilidade com quadros de ansiedade e depressão, bem como a etiologia incerta das queixas somáticas do doente, tornam-se difíceis de diagnosticar na prática clínica. De todos estes factos resulta que um grupo crescente de investigadores propõe a sua eliminação e a modificação desta anterior categoria para “factores psicológicos

afectando uma condição médica identificada ou receada”. Esta seria uma forma de oferecer uma solução para a actual e inadequada classificação.

11. AGRADECIMENTOS

Queremos expressar o nosso profundo reconhecimento à Professora Doutora Graça Cardoso pela colaboração sempre pronta e amiga em todo o processo de elaboração do artigo, que assim nos permitiu contornar as constantes e exigentes dificuldades, impedindo-nos de hesitar e mesmo de desistir.

BIBLIOGRAFIA

1. Wessely S, Nimnuan C, Sharpe M. *Functional somatic syndromes: one or many?* Lancet 1999; 354:936–39.
2. Gelder M; Mayou R, Cowen P, Shorter Oxford Textbook of Psychiatry, 4ª ed., Oxford, USA, 2006, pág. 251-262.
3. King S. *The Classification and Assessment of Pain*. International Review of Psychiatry 2000; 12: 2:86–90.
4. Merskey H. *Pain, Psychogenesis, and Psychiatric Diagnosis*. International Review of Psychiatry 2000;12: 2:99–102.
5. Hiller W, Heuser J, Fichter MM. *The DSM-IV nosology of chronic pain: a comparison of pain disorder and multiple somatization syndrome*. European Journal of Pain 2000; 4:45–55.
6. Mayou R, Kirmayer LJ, Simon G, Kroenke K, Sharpe M. *Somatoform Disorders: Time for a New*

- Approach in DSM-V*. American Journal of Psychiatry 2005; 162:847–855.
7. Aigner M, Bach M. *Clinical Utility of DSM-IV Pain Disorder*. Comprehensive Psychiatry 1999; 40:5:353-357.
 8. American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical manual of mental disorders*. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994
 9. World Health Organization. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision*. Geneva: WHO, 1993
 10. Papageorgiou A, Silman A, Macfarlane G. *Chronic widespread pain in the general population: a seven year follow up study*. Annals of Rheumatologic Disease 2002; 61:1071-4
 11. Health and Safety Executive. *Self-reported work-related ill health 2003/2004*. Available at: www.hse.gov.uk/statistics/overall/hssh0304.pdf
 12. Department of Health. *Choosing health: making healthier choices easier*. London: DoH, 2004.
 13. Henderson M, Bass C. *Chronic Pain: the role of psychosocial factors in common musculo-skeletal disorders*. Psychiatry 2006; 5: 2:52-56.
 14. Kaplan H, Sadock B. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, Vol.1, 6^aed., William and Wilkins, USA, págs.1264-1269.
 15. Barsky AJ, Borus JF. *Functional Somatic Syndromes*. Ann Intern Med 1999; 130:910-921.
 16. Rief W, Barsky AJ. *Psychobiological perspectives on somatoform disorders*. Psychoneuroendocrinology 2005; 30:996–1002.
 17. Henningsen P, Zipfel S, Herzog W. *Management of functional somatic syndromes*. Lancet 2007; 369:946–55.
 18. Verma S, Gallagher RM. *Evaluating and Treating Co-morbid Pain and Depression*. International Review of Psychiatry 2000; 12: 2:103–114.
 19. Fallon BA. *Pharmacotherapy of somatoform disorders*. Journal of Psychosomatic Research 2004; 56:455–460.
 20. Fava G, Wise T. *Issues for DSM-V: Psychological Factors Affecting Either Identified or Feared Medical Conditions: A Solution for Somatoform Disorders*. American Journal of Psychiatry 2007; 164:7:1002-1003.