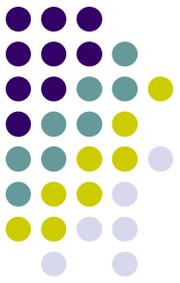




**Programa de Educação Continuada em Fisiopatologia e  
Terapêutica da Dor – 2019**

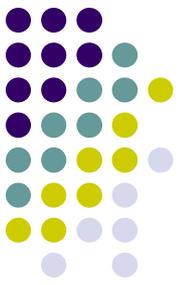


Equipe de Controle de Dor

# AValiação Psiquiátrica do Paciente com Dor Crônica

**Prof. Dr. João Paulo C. Solano**

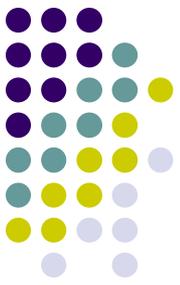
# Quando indicar avaliação Pq?



- Suspeita de presença de sintomas emocionais, comportamentais ou transtornos psiquiátricos atuais (por ex., depressão, ansiedade, somatizações, hipocondria, estresse, uso de drogas etc)
- História de transtornos psiquiátricos ou de tentativas de suicídio
- Sintomas /queixas são maiores que os esperados
- Pacientes com uso excessivo do sistema de saúde
- Sintomas / dores que persistem por muitos anos
- Suspeita de uso abusivo de analgésicos opioides

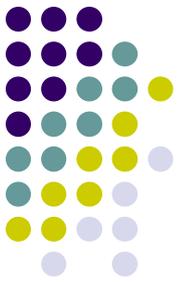
(Adaptado de Angelotti & Sardá Jr., 2005)

# Principais comorbidades psiquiátricas da dor crônica



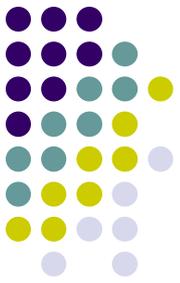
- depressão (10-87% dos pacientes com dor crônica) (Romano & Turner, 1985)
- ansiedade (59% em homens; 66% em mulheres) (Fishbain et al., 1986)
- transtornos somatoformes
  - transtorno de somatização (0.6-8%) (Fishbain et al., 1986)
  - hipocondria (1-7%) (Reich et al., 1983; Fishbain et al., 1986)
  - transtorno doloroso somatoforme persistente
- transtornos de personalidade
  - Borderline
  - Narcisista
  - Antissocial
- histeria (42% em homens; 32% em mulheres) (Fishbain et al., 1986)
- transtorno factício
- simulação
- traços de personalidade que levam a desadaptações (como catastrofismo, comportamento doloroso crônico, autovitimização e histrionismo crônicos)

## DOR: experiência subjetiva resultante de múltiplas influências



- Tipo de lesão e área lesada
- Integridade das vias de neuromodulação
- Experiências prévias com eventos dolorosos
- História familiar e relações atuais com o ambiente
- Estado de humor (depressão, ansiedade, medo)
- Ganhos potenciais com o sintoma ou doença

# ANAMNESE EM PSIQUIATRIA



- gr. *Anámnésis*: 'ação de trazer à memória, recordação';
- Identificação
- Encaminhamento
- QD
- HPMA
- ISDA

# ANAMNESE EM PSIQUIATRIA: HPMA abrangente



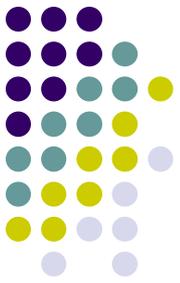
- início e a evolução da dor
- alterações prévias ou concomitantes na vida
- associações com fatores estressores
- tratamentos/intervenções já feitos e relacionados com a dor
- consequências dos sintomas sobre o pragmatismo global
- atitude do paciente frente ao problema da dor
- atitude dos familiares coincidentes à condição

# ANAMNESE EM PSIQUIATRIA: AP



- Psiquiátricos (**incluindo tentativas de suicídio**)
- Neurológicos
- Clínicos: doenças da infância, doenças transmissíveis e sequelas, imunizações, reações alérgicas e medicamentosas, doenças crônicas (DM, HAS, auto-imunes), idiopáticas, de transmissão genética, neoplasias, Aids, doenças com aspectos psicossomáticos relevantes
- Cirúrgicos: cirurgias, acidentes, traumatismos, lesões graves, internações, etc
- **Medicações já utilizadas: uso prescrito ou não-prescrito, abuso, dependência**

# ANAMNESE EM PSIQUIATRIA: AF



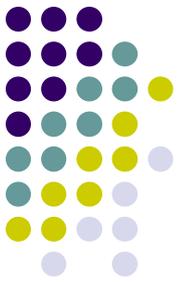
- Doenças na família: inquirir antecedentes psiquiátricos, neurológicos, clínicos, cirúrgicos, etc.
- Medicamentos usados na casa.
- Hábitos familiares.

## ANAMNESE EM PSIQUIATRIA: HISTÓRIA SOCIAL



- Condições de vida e moradia.
- Nível educacional.
- Características culturais.
- História ocupacional.
- Situação trabalhista ou previdenciária
- Ambiente social.
- Constituição do núcleo familiar atual: idade e estado de saúde do cônjuge, filhos e agregados.

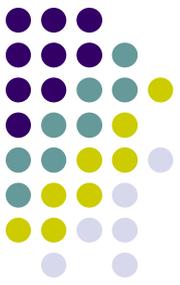
# Anamnese objetiva ou subjetiva?



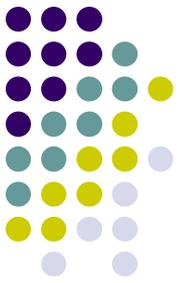
- **Objetiva:** feita com familiares ou amigos do paciente
- **Subjetiva:** feita com o próprio paciente

**AMBAS SÃO NECESSÁRIAS!!!**

# Comunicação verbal e não verbal

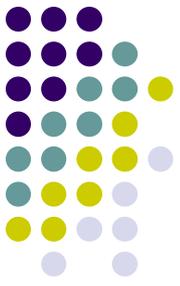


# Relação médico-paciente e a escuta ativa



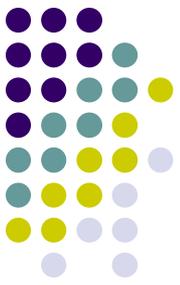
- Comunicação verbal vs não verbal
- As contradições entre ambas
- Comunicação não verbal: o que observar?
  - expressão facial
  - movimento e desvios dos olhos
  - movimentos da cabeça
  - movimentos do corpo/postura
  - voz: volume, entoação, ritmo, velocidade
  - aparências

# Além da anamnese detalhada, o que mais faz o psiquiatra? Exame Psíquico



- Apresentação
- Atitude
- Contato
- Consciência
- Atenção
- Orientação
- Memória
- Senso-percepção
- Pensamento
- Inteligência
- Linguagem
- Humor e Afeto
- Volição e Pragmatismo
- Psicomotricidade
- Juízo crítico

## Clarke, IM (1989). Management of chronic pain. Can Fam Physician 35:315-9



“Doença física significativa está presente em apenas 20% dos pacientes com dor crônica, e está relacionada às queixas álgicas em apenas a metade destes; e a resposta destas pessoas a tais doenças físicas é geralmente anormal.”  
(p.316).

# Large (1980). The psychiatrist and the chronic pain patient. *Pain* 9(2):253-63.

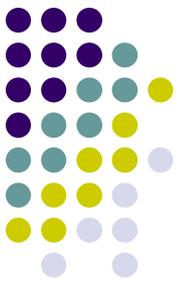
Série de 170 pacientes com dor sob avaliação psiq.:

- 56 neuróticos
- 13 depressão reativa
- 33 depressão endógena
- 50 transtornos de personalidade

“...estudo que sugere que pacientes que sofrem de dor e problemas psíquicos têm principalmente transtornos neuróticos, e, em menor proporção, uma depressão que é tratável por métodos convencionais” [Merskey, H. In: Bonica J (Ed.) The Management of Pain. 2nd ed. 1990. p.320]

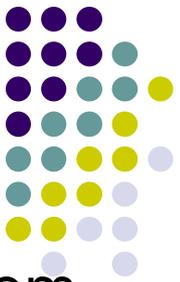
# Ex. Viés no discurso científico

([www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK219250](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK219250))



“In a study of 283 consecutive admissions to a comprehensive pain center, extensive psychiatric evaluations based on the DSM-III, revealed that half of the men and almost two-thirds of the women suffered from affective disorders and that anxiety disorders were present in 59% of the men and 66% of women (Fishbain, 1986). Thus, the preponderance of studies suggest that there is a considerable association between chronic pain, depressive symptoms and major depression”.

# Depressão



Por duas semanas, pelo menos 5 dos sintomas abaixo devem estar presentes quase diariamente, a maior parte do dia:

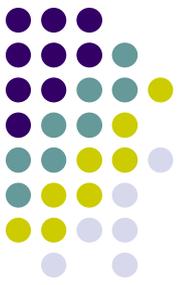
- \*Humor deprimido na maior parte do tempo *e/ou*
- \*Perda de interesse ou prazer pelas atividades
- Insônia ou hipersonia
- Perda ou ganho de peso (5% em 1 mês)
- Agitação ou retardo psicomotor
- Fadiga ou perda de energia
- Auto-depreciação (inutilidade) ou culpa excessiva
- Redução da capacidade de concentração, lentidão de pensamento ou indecisão
- Ideias recorrentes de morte ou suicídio

# Você adivinha o nome desta doença?



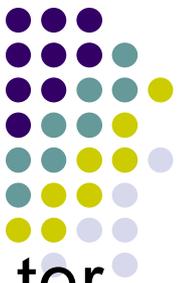
- Mais comum em mulheres
- Queixas físicas múltiplas, recorrentes e usualmente mutáveis, que ocorrem por um período de vários anos (mínimo de 2 a)
- Resulta em longa e complicada história de tratamentos médicos e investigações / intervenções infrutíferas
- Sintomas comuns: Trato GI; sensações cutâneas (prurido, sensibilidade, erupções/manchas, parestesias); queixas sexuais; queixas menstruais
- Curso crônico e flutuante
- Paciente geralmente nega causação não-médica
- Prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes de funcionamento do indivíduo

# F45.0 - Transtorno de somatização



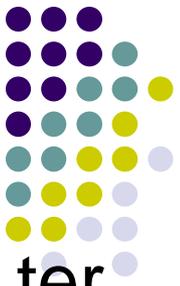
- Mais comum em mulheres
- Queixas físicas múltiplas, recorrentes e usualmente mutáveis, que ocorrem por um período de vários anos (mínimo de 2 a)
- Resulta em longa e complicada história de tratamentos médicos e investigações / intervenções infrutíferas
- Sintomas comuns: Trato GI; sensações cutâneas (prurido, sensibilidade, erupções/manchas, parestesias); queixas sexuais; queixas menstruais
- Curso crônico e flutuante
- Paciente geralmente nega causação não-médica
- Prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes de funcionamento do indivíduo

# Você adivinha o nome desta doença?

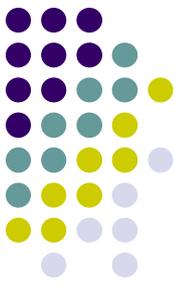


- Preocupação persistente com a possibilidade de ter um ou mais transtornos físicos sérios e progressivos causando os sintomas
- Preocupações persistentes com supostas deformações e desfiguramentos
- Recusa em aceitar reasseguramentos por parte dos médicos de que os sintomas não têm base física
- Pacientes aceitam mal encaminhamento ao psiquiatra
- Histrionismo
- Duração mínima para o diagnóstico: 6 meses

## F45.2 - Hipocondria



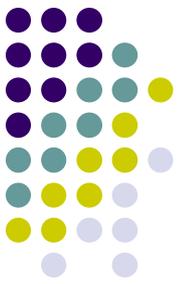
- Preocupação persistente com a possibilidade de ter um ou mais transtornos físicos sérios e progressivos causando os sintomas
- Preocupações persistentes com supostas deformações e desfiguramentos
- Recusa em aceitar reasseguramentos por parte dos médicos de que os sintomas não têm base física
- Pacientes aceitam mal encaminhamento ao psiquiatra
- Histrionismo
- Duração mínima para o diagnóstico: 6 meses



## Você adivinha o nome desta doença?

- Dor persistente, grave e angustiante, sem bases etiológicas orgânicas
- Comportamento histriônico
- Associação causal com conflitos emocionais ou problemas psicossociais
- Exemplos:
  - lombalgia psicogênica;
  - fibromialgias obscuras etc

# F 45.4 - Transtorno doloroso somatoforme persistente



- Dor persistente, grave e angustiante, sem bases etiológicas orgânicas
- Comportamento histriônico
- Associação causal com conflitos emocionais ou problemas psicossociais
- Exemplos:
  - lombalgia psicogênica;
  - fibromialgias obscuras etc

# Razões práticas que levam à confusão entre depressão e transtornos de personalidade (TP)



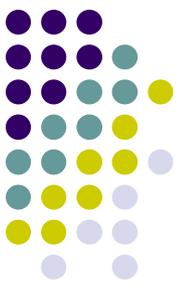
- A credulidade inocente do médico na anamnese subjetiva (não se faz psiquiatria de pacientes graves sem anamnese objetiva, fonte de info sobre a vida relacional do paciente)
- A falta de questões abertas na relação médico-paciente
- O uso quase exclusivo de entrevistas estruturadas (escalas diagnósticas) em algumas frentes clínicas
- O tratamento farmacológico é mais rápido (e pago pelo convênio)
- Menos estigma na depressão
- Às famílias, às vezes é melhor falar em “*chemical imbalances*”, em vez de se conversar sobre sua história

“cerca de 50% dos pacientes que chegam à Unidade de Transtornos de Personalidade de nosso hospital com diagnóstico de transtorno bipolar ou depressão maior não apresentam nenhum dos dois, mas um transtorno de personalidade” (Kernberg, 2013)

## Sugestões de leitura (II)



- Nasio, J-D. **A Dor Física**. Rio de Janeiro: Zahar, 2008.
- Ávila, L. **Doenças do corpo e doenças da alma**. São Paulo: Escuta, 2002.



# Sugestões de leitura

Solano JPC. Fracasso crônico no tratamento da dor crônica? A influência silenciosa da personalidade e seus transtornos.

Acta Fisiátr. 2014;21(2):93-100 – artigo n. 10

Solano JPC. A Clínica da dor crônica como ninho de pacientes difíceis: o papel da identificação projetiva. Acta Fisiátr. 2015; 22(1):

Disponíveis em

[www.actafisiatrica.org.br](http://www.actafisiatrica.org.br)