

Psicoterapia no tratamento da dor orofacial crônica refratária. Relato de casos

Psychotherapy in the treatment of chronic refractory orofacial pain. Case reports

Marianna Barbosa Yamaguchi¹, Maria de Fatima Vidotto Oliveira¹, Silvia Regina DT de Siqueira¹

DOI 10.5935/2595-0118.20220017-pt

RESUMO

JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS: A intervenção psicoterapêutica é uma ferramenta importante para melhorar a qualidade de vida de pacientes com dor orofacial crônica, especialmente aqueles que se tornam refratários aos tratamentos. Assim, o objetivo deste estudo foi apresentar, na forma de narrativa, três casos de pacientes com dor facial refratária ao longo do processo de intervenção psicoterapêutica e os resultados obtidos.

RELATO DOS CASOS: Observou-se o comportamento, a percepção da dor e sintomas ansiosos e depressivos. Os pacientes estavam sob tratamento na Equipe de Dor Orofacial e os instrumentos utilizados no início e no final da intervenção foram a escala visual analógica, os Inventários de Beck para Ansiedade e Depressão, o Inventário de Dor de Wisconsin, o Questionário de Dor McGill e a Escala de Catastrofização de Dor. Os pacientes foram atendidos semanalmente em sessões de 50 minutos. Cada narrativa foi analisada qualitativamente e a comparação entre as avaliações (antes e depois do tratamento) foi incluída em um contexto de abordagem fenomenológica.

CONCLUSÃO: Conflitos familiares emocionais e medo das crises de dor foram os aspectos mais importantes descritos pelos pacientes. O caso 1 apresentou um perfil menos cooperador, embora todos tenham apresentado melhora em algum âmbito avaliado. A proposta psicoterapêutica os auxiliou no enfrentamento do sofrimento por conta de seus problemas e da dor. Houve um impacto notável na vida dos pacientes como em sua cooperação com os tratamentos, uma vez que aprender a lidar com seu sofrimento os conduziu a uma postura mais proativa através do entendimento de seus papéis no tratamento da condição dolorosa.

Descritores: Comportamento da dor, Dor crônica, Dor orofacial neuropática, Neuralgia do trigêmeo.

ABSTRACT

BACKGROUND AND OBJECTIVES: Psychological intervention can contribute to repairing the quality of life and altering behavior while dealing with chronic orofacial pain, especially those that can become refractory to treatments. Thus, the objective of this study was to present the narratives of three patients with refractory chronic neuropathic pain during the process of psychotherapeutic intervention and the follow-up results.

CASE REPORTS: Pain behavior, pain perception and depressive and anxious symptoms were assessed. Patients were under treatment at the Orofacial Pain Clinic and the instruments used in the beginning and end of psychotherapy were the visual analog scale, Beck Inventories (anxiety and depression), Wisconsin Pain Inventory, McGill Pain Questionnaire and Pain Catastrophizing Scale. They attended weekly 50-minute sessions. Each narrative was qualitatively analyzed and the comparison between the evaluations made before and after psychotherapy was included in the context of a phenomenological approach.

CONCLUSION: Emotional familiar conflicts and fear of pain crises were the most important aspects described by these patients. Case 1 presented the less cooperative profile and secondary gains. Despite of that, all cases presented improvement and psychotherapy helped to cope with their problems and pain. There was a remarkable impact on the life of patients as well as on their cooperation with pain treatments while helping the patients to build a proactive attitude and to understand their role in their condition.

Keywords: Chronic pain, Neuropathic orofacial pain. Pain behavior, Psychotherapy, Trigeminal neuralgia.

INTRODUÇÃO

De acordo com a Associação Internacional para o Estudo da Dor, a dor é caracterizada por “uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada, ou semelhante àquela associada, a uma lesão tecidual real ou potencial”. Como fenômeno biopsicossocial complexo, ela se torna crônica quando sua duração ultrapassa de três a seis meses. A experiência sensitiva e emocional resulta em sofrimento e desencadeia comportamentos de dor, que também podem se tornar crônicos¹. Estes comportamentos dependem de traços de personalidade, ansiedade e depressão ou diagnósticos e estratégias dos pacientes para lidar com a dor. A dor é subjetiva e individualizada, e sua duração e história natural podem interferir nas características clínicas.

Marianna Barbosa Yamaguchi – <https://orcid.org/0000-0002-8501-4748>;
Maria de Fatima Vidotto Oliveira – <https://orcid.org/0000-0002-5967-7708>;
Silvia Regina DT de Siqueira – <https://orcid.org/0000-0003-0207-0072>.

1. Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina, Grupos Interdisciplinares de Dor e Dor Orofacial, Departamento de Neurologia, São Paulo, SP, Brasil.

Apresentado em 16 de abril de 2021.

Aceito para publicação em 19 de abril de 2022.

Conflito de interesses: não há – Fontes de fomento: não há.

Correspondência para:

Silvia R D T de Siqueira

E-mail: silviadowgan@hotmail.com

© Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor

A dor crônica é prevalente, e 30% a 40% dos indivíduos com dor vão cinco vezes mais para a sala de emergência do que outros pacientes²⁻⁴. É uma causa importante para o absenteísmo e tem um impacto intenso na vida. A dor orofacial afeta de 10% a 30% da população e seu impacto psicológico é notável devido à importância psicológica e social do rosto, além das funções vitais desta área do corpo, como comer, respirar e falar^{5,6}. A maioria dos pacientes apresenta distorções de percepção do rosto⁷. Além disso, um subgrupo de dor orofacial, o neuropático, é responsável por 4-18% dos casos, e seu tratamento frequentemente resulta em alívio parcial dos sintomas⁸. A dor neuropática está associada a disfunção ou lesão do sistema nervoso⁹.

Os tipos mais comuns de dor neuropática orofacial são a neuralgia do trigêmeo, a síndrome da boca ardente e a dor neuropática pós-traumática; outras síndromes de dor facial crônica que têm avaliação complexa são a dor facial idiopática persistente e a odontalgia atípica⁸. A neuralgia do trigêmeo é considerada uma das piores condições de dor e o intenso sofrimento pode até levar ao suicídio. Em geral, é idiopática, porém cerca de 5% dos pacientes apresentam uma causa primária (por exemplo, meningioma, schwannoma, esclerose múltipla)^{10,11}.

A síndrome da boca ardente é caracterizada pela dor ardente contínua na cavidade oral sem causa primária. Estes pacientes frequentemente apresentam comorbidades emocionais e graves deficiências em atividades diárias¹². A dor facial persistente idiopática e odontalgia atípica consistem em dor constante, obtusa e intensa com fisiopatologia pouco clara⁸.

Os pacientes de dor neuropática frequentemente sofrem de sequelas de procedimentos cirúrgicos, incluindo complicações de procedimentos invasivos para tratamento da dor. Há várias comorbidades psiquiátricas nestes pacientes, incluindo depressão, distímia, fobia social, ansiedade generalizada e a preocupação com a dor é um dos principais fatores associados em pacientes com dor orofacial¹³. Esta condição clínica complexa requer uma avaliação médica e psicológica especial. A dor crônica pode ser associada a uma autodescrição subjetiva negativa, reforçada por palavras que os pacientes ouviram anteriormente em suas vidas^{14,15}.

Ferramentas psicoeducativas fazem parte da estratégia para lidar com a dor e preceitos filosóficos são a base das técnicas de intervenção para aliviar ou eliminar o sofrimento. As modalidades de tratamento incluem psicanálise, terapia cognitiva comportamental, *biofeedback* e hipnose. A exposição gradual à dor e a dessensibilização sistematizada ajudam o paciente a se libertar do medo da dor e retornar à vida normal, ambos constituindo mecanismos positivos de enfrentamento. O enfrentamento negativo da dor crônica está associado a ganhos secundários e/ou evitação de diversas atividades que faziam parte da vida diária normal do paciente¹⁶. Reforços positivos e negativos ou punições precisam ser identificados e abordados.

Há evidências na literatura de que os pacientes com dor crônica podem se beneficiar da psicoterapia¹⁷; no entanto, há uma falta de estudos sobre dor orofacial ou neuropática. Assim, o objetivo desta pesquisa foi apresentar as narrativas de três pacientes com dor neuropática crônica refratária durante o processo de intervenção psicoterapêutica e os resultados do acompanhamento.

RELATO DOS CASOS

Todos os pacientes foram informados sobre os objetivos deste estudo e assinaram o consentimento informado. O comitê de ética local da Universidade de São Paulo (1.172.960) aprovou este estudo. Este manuscrito foi escrito com base nas Diretrizes do CAsE REport (CARE)¹⁸.

Informações dos pacientes

Principais preocupações e sintomas do paciente.

Estão aqui registradas as narrativas de três pacientes da Clínica de Dor Orofacial de um hospital geral. Eles eram uma mulher com síndrome da boca ardente, um homem com neuralgia trigeminal idiopática e uma mulher com neuralgia trigeminal secundária e esclerose múltipla. Todos eles eram alfabetizados e tinham tido dores orofaciais por mais de 6 meses.

Não houve queixas de dor generalizada ou dor em outras partes do corpo. Eles estavam sob tratamento para a dor, que não foi alterado durante o período de psicoterapia e a avaliação deste estudo. O tratamento consistia em antidepressivos e tratamentos físicos (pacotes de calor e exercícios).

Linha do tempo

Os pacientes foram avaliados individualmente e participaram de sessões semanais individuais de 50 minutos com um psicólogo treinado, com supervisão de um psicólogo com experiência robusta em dor orofacial. A duração do tratamento foi determinada individualmente, e os casos foram discutidos entre os pesquisadores após as sessões para estabelecer a avaliação, que incluiu psicanálise, abordagens psicológicas familiares e sistêmicas.

Avaliação diagnóstica

No início e no final da psicoterapia, os pacientes foram avaliados com:

1. Escala analógica visual para determinar a intensidade da dor. Consiste em uma escala de zero a 10: zero representa ausência de dor e 10 representa a pior dor possível.
2. Inventário de Beck para Depressão¹⁹ validado para a língua portuguesa para determinar os sintomas depressivos. Consiste em 21 questões que podem ser pontuadas de zero a 3. De acordo com a pontuação final, o paciente pode ser classificado como tendo depressão ausente ou mínima (zero-13), leve (14-19), moderada (20-28) ou grave (29-63).
3. Inventário de Beck para Ansiedade¹⁹ validado para a língua portuguesa para determinar os sintomas de ansiedade. Consiste em 21 perguntas que podem ser pontuadas de zero a 3. De acordo com a pontuação final, a ansiedade do paciente pode ser classificada como ausente ou mínima (zero-13), leve (14-19), moderada (20-28) ou intensa (29-63).
4. Inventário de Dor de Wisconsin²⁰ validado para a língua portuguesa para determinar as limitações da dor.
5. Questionário de Dor McGill (abreviado)²¹ validado para a língua portuguesa para determinar os descritores de dor. Consiste em 15 itens divididos em 3 domínios (sensitivo, avaliativo e afetivo).
6. Escala de Catastrofização da Dor²² validada para a língua portuguesa para determinar pensamentos, percepções ou sentimentos

associados à dor. Consiste em 13 itens com pontuação numérica de zero a 4 para cada um deles.

Descobertas clínicas, intervenção terapêutica, acompanhamento e resultados

Os resultados clínicos estão apresentados individualmente para cada caso, incluindo sintomas relevantes do passado, assim como intervenções e seus resultados. Da mesma forma, constam os tipos de intervenções terapêuticas e administração, além de mudanças nas intervenções terapêuticas com explicações.

Além disso, são apresentados nesta seção os resultados avaliados pelo médico e pelo paciente, diagnósticos importantes de acompanhamento e outros resultados de testes.

Análise de dados

Cada narrativa foi analisada qualitativamente e a comparação entre as avaliações feitas antes e depois da psicoterapia foi incluída no contexto de uma abordagem fenomenológica. Cada paciente apresentou demandas específicas, apresentadas neste estudo. Partes da narrativa exata dos pacientes foram transcritas.

Caso 1

Mulher, 55 anos de idade, foi diagnosticada com síndrome da boca ardente na Clínica de Dor Orofacial após ter dores por mais de 20 anos. A dor começou após uma cirurgia de implante dentário. A ardência era moderada durante o dia e piorava durante a noite. A síndrome da boca ardente é uma dor neuropática orofacial, mais comum em mulheres após a menopausa, e causa intenso sofrimento e comprometimento emocional²². Apesar de não ter relatado suas crenças sobre a origem de sua dor, ela descreveu o medo do invisível como algo com alto impacto em sua percepção de vida.

Quando a dor iniciou, ela já tinha depressão e um episódio de hospitalização devido a uma tentativa de suicídio por ingestão de uma quantidade excessiva de fármaco (90 comprimidos de clonazepam). “Engoli 90 comprimidos de clonazepam e não adiantou, não penso mais em me matar porque não sou digna”. Ela tentou o suicídio para se libertar do trabalho porque não suportava as pessoas de lá. Esse episódio aconteceu após 11 anos de licenças de saúde que a mantiveram afastada do trabalho esporadicamente, até que finalmente ela teve que voltar; em seguida, ela se aposentou por invalidez. Recentemente ela foi diagnosticada com transtorno bipolar.

A paciente estudou ciências sociais e trabalhou por pouco tempo em um hospital. “Eu parei de trabalhar porque não acreditava no que estava fazendo”. Depois disso, ela trabalhou no setor público em uma posição de confiança. Ela também havia sido secretária e policial. É solteira e vive com seus pais. Sua rotina diária é acordar às 3h da manhã, continuar deitada na cama até as 6h da manhã, passear com o cão, ir às compras no mercado e na farmácia e voltar. Ela almoça às 11h da manhã e frequentemente leva seus pais a consultas médicas à tarde. Ela se deita para dormir às 6h da tarde. Ela tem interesses limitados que incluem sair para comer na padaria. Ela não gosta de atividades físicas porque a dor se agrava.

Relações amorosas

A paciente evitou falar sobre suas relações afetivas, especialmente as relações amorosas. “Eu não choro mais, chorei muito na mi-

nha vida, chorei muito pelos homens”. Entre os relacionamentos, houve uma decepção com um namorado da faculdade e um homem alcoólatra com quem ela viveu: “eu queria estar lá porque não queria voltar para minha casa (casa dos pais)”. Depois disso, ela ficou apaixonada por um médico com quem havia trabalhado como secretária, mas se desapontou. Atualmente, ela não está em nenhum relacionamento amoroso porque “depois dessa ardência eu não quero beijar, me dá nojo”.

Ela contraiu o vírus herpes papiloma de seu último namorado. Desde que foi diagnosticada, ela não o tratou. Ela acha que deveria tratá-lo agora para evitar o câncer.

Família e amigos

Esta paciente relatou um relacionamento terrível com seu pai. “Ele é um fanático religioso, sempre dizendo que eu não sou uma pessoa de Deus e que estou possuída”. Ela não responde a estas provocações porque teme ser machucada. Ela considera sua mãe uma boa pessoa embora a mãe seja muito submissa a seu pai. “Tudo o que ele diz, ela aceita. Ela está do lado dele”. Sua mãe tem uma doença cardíaca, o que a preocupa. Ela tem medo da morte de sua mãe porque sentirá falta dela e não será capaz de lidar com isso. Ela se preocupa por ter que cuidar de seus pais. “Serei eu quem terá que cuidar, trocar fraldas, levar ao médico, não sei se consigo fazer isso”. “Eu farei isso porque serei obrigada, se houvesse outra pessoa, eu acharia melhor”. Ela é a filha mais velha, e não pode contar com sua irmã ou irmão. “Minha irmã vive em outro estado e meu irmão não se importa”. Eles também não a ajudam financeiramente com os pais. Outros parentes estão distantes. Não há amigos.

Ela tem uma vida social restrita. “Eu tentei sair e conversar com pessoas, estou sempre chorando, é útil. Eu gosto de ficar no meu quarto”. Embora a psicóloga tenha dito que as atividades ajudam a administrar a dor, ela não quer fazer nenhuma. “Eu venho aqui para tratar minha dor”. Não quero falar com os outros porque minha boca arde, e não quero ouvir os outros reclamando. Eu só quero acabar com esta dor”.

Ela tem um cão para ajudá-la a não sentir medo de ficar sozinha. “Tenho medo de espíritos”.

Autodescrição

Ela se descreve como uma mulher que mal sorri ou ri. Ela fala alto e tem mau humor, sente-se mal por estar acima do peso, mas não faz nada para mudá-lo. Ela não cuida de si mesma devido à preguiça. Prefere deitar-se na cama. Seu cabelo é branco e não quer gastar dinheiro com isso. Ela prefere gastar o dinheiro com remédios. Antes de se aposentar, ela gostava de ir às compras e era compulsiva com isso. “Eu comprei muitas coisas, eu adorava comprar roupas”. Ela toma laxantes todos os dias. “Eu preciso ir ao banheiro todos os dias, senão fico doente”. Ela não gosta de tomar banho todos os dias. Ela acha que o melhor seria morar no hospital. “Você tem que aproveitar enquanto é jovem, eu não vejo o mundo através de óculos cor-de-rosa”.

Repertório comportamental

O repertório comportamental é limitado com poucos reforços. Os únicos positivos são ir para a padaria e para a terapia. No entanto, ir à padaria nem sempre é possível, pois é caro para ela. O principal

reforço negativo é o pai por quem ela tem medo de ser castigada. A dor é a razão pela qual ela não sai, não viaja, não muda a rotina. Ela é muito resistente a sugestões tais como novas atividades, autocuidado ou contato social.

Resultados da psicoterapia e alívio da dor

Após seis semanas de psicoterapia e dor intensa (intensidade da dor = 10), sua intensidade de dor passou a ser 9. Ela começou a fazer piadas, a usar maquiagem e a sorrir. As pontuações iniciais e finais podem ser observadas na tabela 1. As pontuações de depressão não mudaram, mas houve uma diferença notável nas de ansiedade e catastrofização. Um aumento nos índices de sensibilidade e avaliativos McGill está possivelmente associado à atenção dada às questões de dor durante a terapia, e foi associado ao aumento na pontuação de catastrofização. As pontuações do Wisconsin para humor, capacidade de caminhar, trabalho, relacionamentos pessoais, sono e diversão melhoraram.

Caso 2

Um homem de 63 anos, aposentado, vivencia uma neuralgia trigeminal idiopática há 23 anos. Ele a havia tratado e, durante os primeiros 8 anos, a dor foi controlada, embora houvesse vários efeitos adversos. “Você está lá e não está, você fica lento”. A neuralgia trigeminal é uma dor paroxística excruciante, geralmente desencadeada por um leve toque. Ele foi submetido a quatro neurocirurgias. A última foi há 4 meses e agora a dor foi aliviada. Sua rotina é acordar, fazer tarefas domésticos, fazer trabalhos de carpintaria e ajudar a comunidade em que vive.

Nos estágios iniciais de sua dor, uma crise intensa foi associada a pensamentos suicidas, dos quais ele falava nervosamente. “Eu não desejo aquela dor a ninguém; se eu pudesse, teria tirado minha vida”. Ele estava no banheiro e ficou de pé com as mãos encostadas na parede por horas. “Eu não podia me mover; qualquer movimento causava dor”. Ele queria cometer suicídio, mas não conseguiu escrever um bilhete para explicar o motivo.

Após a primeira cirurgia, ele ficou deprimido porque seu rosto ficou dormente. “Uma pessoa que tem este tipo de dor perde 50% de sua vida (...) eu me sinto mutilado”.

Família, relacionamentos e autodescrição

A infância foi complicada e cheia de problemas familiares, com a necessidade de trabalhar desde que era criança. Ele aprendeu vários trabalhos e agora se dedica à sua família e comunidade. Ele vive com sua esposa e tem um bom relacionamento com seus filhos. Ele se descreveu como sendo sensível e cheio de esperança. No entanto, “pessoas que vivem perto da minha casa são negativas”.

Enfrentamento

O paciente tem muitos planos e quer iniciar cursos de informática e xadrez. Ele quer conhecer novas pessoas nesses cursos. Seus sentimentos sobre a dor possivelmente ocorrer novamente são contraditórios: embora ele espere que a dor não volte, ao mesmo tempo teme que isso aconteça.

Resultados da psicoterapia e alívio da dor

Ouvir sobre a crise foi a ferramenta de avaliação neste caso. Evitar a expectativa de novas crises é o desafio para os pacientes com neu-

ralgia trigeminal. As pontuações para intensidade da dor, depressão, ansiedade, Wisconsin, McGill e catastrofização diminuíram (Tabela 1). O aceite da condição e criação de um plano de ação para o caso de a dor retornar foi o conteúdo desenvolvido.

Caso 3

Uma mulher casada de 36 anos de idade que tem crises de neuralgia trigeminal há 10 meses. No diagnóstico, ela também preencheu os critérios para esclerose múltipla, que caracterizavam a neuralgia trigeminal secundária. A esclerose múltipla é uma doença neurodegenerativa autoimune que pode apresentar desmielinização na zona de entrada da raiz do trigêmeo, como acontece neste caso²³. O estresse emocional e as variações climáticas podem desencadear crises e essa paciente apresentou vários problemas familiares a serem avaliados. Sua rotina é acordar cedo e trabalhar em um serviço público pela manhã, preparar o almoço para três crianças e seu marido, e à tarde ajudar seu marido no trabalho. Ele é um motorista de ônibus escolar. À noite, ela faz algumas tarefas domésticas.

Relações familiares

Seu filho mais velho tem 15 anos de idade. Ele é de um casamento anterior. Sua filha tem 10 anos de idade e o filho mais novo tem 6 anos. Ela reclamou das dificuldades no relacionamento entre seu atual marido e o filho mais velho “embora eles se conheçam há muito tempo”. “Eu me separei do meu primeiro marido quando ele tinha um ano de idade, eles estão sempre discutindo”. Ela acha que seu marido é muito exigente, especialmente com o mais velho. “Eu sempre sinto meu rosto ardendo quando eles brigam. Acontece sempre quando os dois estão em casa”.

Este filho teve problemas com drogas na escola ao mesmo tempo em que o pai biológico começou a ter um relacionamento com ele. Depois disso, seu pai desapareceu. Ele mudou de escola e repetiu um ano. O marido atual fala muito alto, o que é uma das razões para as discussões. A paciente acha que seu casamento é ótimo e há raras discussões sobre o relacionamento. As discussões são sobre o filho. “Ele (marido) sente falta de minha atenção, mas eu não gosto de demonstrar meu amor. Eu também tenho essa mesma dificuldade com meu filho mais velho”. Ela gostaria de ter uma relação mais próxima com ambos, especialmente com o marido. O filho mais velho é preguiçoso com as tarefas domésticas, e ela as faz para evitar as discussões. Uma vez, uma discussão se transformou em uma crise de dor. “Eu fui para a cama e chorei; meu marido não acredita nos meus sintomas”.

Autodescrição

Aos 14 anos de idade, seu pai morreu e ela se tornou independente. Ela trabalhou desde muito jovem e teve seu primeiro filho com apenas 21 anos de idade. As discordâncias foram a causa da separação e do divórcio. “Eu era sensível e aceitava o que os outros me diziam para fazer”. Ela chorava quando seu marido gritava com ela e era muito insegura e tímida. “Depois desse diagnóstico, não sou mais tão submissa”.

Resultados da psicoterapia e alívio da dor

Ouvir as reclamações e trabalhar a comunicação familiar foram as estratégias neste caso. Também foi criado um diário de dor para des-

Tabela 1. Pontuações iniciais e finais para intensidade da dor, depressão, ansiedade, subitens de Wisconsin, índices de McGill e catastrofização

	Caso 1		Caso 2		Caso 3		
	Inicial	Final	Inicial	Final	Inicial	Final	
Intensidade da dor (EAV)	10	10	2	0	8	8	
Pontuação de depressão (Beck)	15	16	3	2	17	20	
Pontuação de ansiedade (Beck)	33	20	4	2	13	14	
Limitações (Wisconsin)	Geral	9,5	10	2	1	6	8
	Humor	10	8	3	0	8	9
	Capacidade para andar	8	4	0	0	0	0
	Trabalho	8	7	2	1	8	9
	Relações pessoais	10	8	2	1	0	5
	Sono	9,5	5	0	0	8	9
	Aproveitamento da vida	9,5	9	3	2	0	3
	Índices McGill						
Sensitividade	1	3	1	1	3	8	
Afetividade	5	5	1	0	4	5	
Avaliação	1	2	1	0	2	2	
Escala de catastrofização	29	43	12	4	28	33	
Número de sessões	8		3		4		

cobrir a relação entre as crises e outras questões²⁴. Ela claramente precisava de ajuda para mudar o repertório. Seu comportamento foi proativo e receptivo às sugestões. A assertividade foi avaliada e ajudou a reduzir crises de dor e conflitos. Houve uma melhora em suas relações com o marido e o filho mais velho. “Quando eles começam a discutir eu saio, quando eu volto, eles pararam, isso funciona”. Ela negocia com o marido quais tarefas o filho mais velho deve realizar para que se torne menos exigente com ele.

O aumento da pontuação mostrado na tabela 1 reflete o diagnóstico de esclerose múltipla, que aconteceu após a avaliação inicial. A esclerose múltipla é uma doença progressiva com várias morbidades e graves deficiências.

DISCUSSÃO

Estas narrativas de sofrimento relacionado a dor mostram a complexa integração de múltiplos fatores na expressão e enfrentamento da dor. Estes diagnósticos são comuns na clínica da dor, mas suas expressões são singulares. Comportamentos gerais e características psicológicas gerais podem ser encontrados em estudos epidemiológicos, mas somente sua investigação em indivíduos permite determinar nuances e pequenas diferenças que são cruciais para o sucesso do tratamento. A investigação fenomenológica é necessária para compreender as tendências psicológicas de comportamento relatadas em estudos de amostra na literatura.

Existem diferentes e únicas histórias de vida e diferentes atitudes diante do mesmo sintoma, como a dor facial neuropática. A singularidade e a especificidade de todos são essenciais na escolha da intervenção terapêutica, embora o objetivo comum de todos seja o alívio da dor. A abordagem inclui a gestão de conflitos familiares e interpessoais, reduzindo déficits no repertório para lidar com a dor e resolver problemas^{14,26}. Para algumas pessoas, a dor crônica parece ser mais estável do que a ausência de pais ou relacionamentos frágeis. A dor faz parte deles²⁵.

Além disso, ganhos secundários, como observados no caso 1, podem ser caracterizados pela resistência em cooperar com a intervenção terapêutica e valorização excessiva do atendimento hospitalar, e podem ser associados ao aumento da pontuação de catastrofização. A persistência do sintoma parece ganhar uma função operacional, o que também tem sido observado em pacientes com fadiga crônica¹⁴. Os reforços positivos poderiam tirar o indivíduo da condição de intenso sofrimento, o que não é o caso enquanto os ganhos secundários estão em jogo.

Esses casos representam o desafio para a terapia: encontrar alternativas de reforço social que desempenhem um papel para o alívio da dor. Entretanto, os contextos das histórias de vida podem interromper e complicar a avaliação. A inércia da inatividade é outra questão importante devido à tendência de manter a dor viva na rotina^{7,14}. Psicoeducação e sugestões graduais são o caminho, mas este deve ser individualizado. Por outro lado, é natural que se evite qualquer elemento que possa potencialmente aumentar a dor. Este tipo de crença aumenta a resistência para encontrar mecanismos de enfrentamento da dor e para voltar à vida, com um alto custo para as relações pessoais e familiares.

Embora o sofrimento estivesse presente em todos os casos, estas são três pessoas distintas. O caso 1 tem um alto nível de resistência e ganhos secundários; o caso 2 tem melhores estratégias para lidar com a dor e apoio familiar e social; e o caso 3 demonstra uma paciente cooperativa, com vários problemas familiares, mas cuja atitude proativa contribuiu para a melhora. O perfil resiliente nos casos 2 e 3 é, sem dúvida, muito positivo para a abordagem psicoterapêutica. Entretanto, a paciente 1 precisa de estratégias criativas.

Este estudo qualitativo não produz análises estatísticas. Entretanto, as evidências epidemiológicas que confirmam os aspectos psicológicos da dor crônica são abundantes na literatura. Este estudo complementa as descobertas anteriores com a evidência de que, apesar das questões comuns, existem particularidades que farão a diferença final na reabilitação da vida dos pacientes.

CONCLUSÃO

Este estudo mostrou que a psicoterapia resultou em um impacto notável na vida dos pacientes, assim como na cooperação com tratamentos de dor, mesmo em um paciente menos resiliente. Ao avaliar os perfis individuais e as particularidades de cada caso, é possível ajudar os pacientes a ter uma atitude proativa e a compreender seu papel na sua condição.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

Marianna Barbosa Yamaguchi

Coleta de Dados, Investigação

Maria de Fatima Vidotto Oliveira

Supervisão

Silvia Regina DT de Siqueira

Gerenciamento do Projeto, Metodologia, Redação - Preparação do original, Redação - Revisão e Edição, Supervisão

REFERÊNCIAS

- Bernacchio RMG, Contin I, Mori M. Modifying factors of pain perception. *Rev Dor* 2005;3:621-33.
- Von Korff M, Dworkin SF, Le Resche L, Kruger A. An epidemiologic comparison of pain complaints. *Pain*. 1988;32(2):173-83.
- Nickel R, Raspe HH. Chronic pain: epidemiology and health care utilization. *Nervenarzt*. 2001;72(12):897-906.
- Watkins EA, Wollan PC, Melton LJ 3rd, Yawn BP. A population in pain: report from the Olmsted Country health study. *Pain Med*. 2008;9(2):166-74.
- Oliveira SB, de Siqueira SR, Sanovski AR, do Amaral LM, de Siqueira JT. Temporomandibular disorder in Brazilian patients: a preliminary study. *J Clin Psychol Med Settings*. 2008;15(4):338-43.
- Castro AR, Siqueira SR, Perissinotti DM, Teixeira MJ, Siqueira JT. Emotional aspects of chronic orofacial pain and surgical treatment. *Int J Surg*. 2009;7(3):196-9.
- Dagsdóttir LK, Skyt I, Vase L, Baad-Hansen L, Castrillon E, Svensson P. Reports of perceptual distortion of the face are common in patients with different types of chronic orofacial pain. *J Oral Rehabil*. 2016;43(6):409-16.
- de Siqueira SR, Teixeira MJ, de Siqueira JT. Somatosensory investigation of patients with orofacial pain compared with controls. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2014;26(4):376-81.
- Schestsatsky P, Ehlers JA, Ehlers BC. Neuropathic pain. In: Chaves MLF, Finkelsztejn A, Stefani MA. Eds. *Routines in neurology and neurosurgery*. Porto Alegre: Artmed. 2009. 757-67p.
- Zakrzewska JM. Multi-dimensionality of chronic pain of the oral cavity and face. *J Headache Pain*. 2013;14(1):37.
- Reddy GD, Viswanathan A. Trigeminal and glossopharyngeal neuralgia. *Neurol Clin*. 2014;32(2):539-52.
- Nasri C, Teixeira MJ, Okada M, Formigoni G, Heir G, Siqueira JT. Burning mouth complaints: clinical characteristics of a Brazilian sample. *Clinics*. 2007;62(5):561-6.
- Bonathan CJ, Zakrzewska JM, Love J, Williams AC. Beliefs and distress about orofacial pain: patient journey through a specialist pain consultation. *Oral Facial Pain Headache*. 2014;28(3):223-32.
- Wielenska RC, Banaco RA. Chronic fatigue syndrome: antibehavior perspective of a case. *Themes Psychol*. 2010;18:415-24.
- Schönenberg M, Mares L, Smolka R, Jusyte A, Zipfel S, Hautzinger M. Facial affect perception and mentalizing abilities in female patients with persistent somatoform pain disorder. *Eur J Pain*. 2014;18(7):949-56.
- Vanderberghe L. Pain behavior. In: Portnoi AG. Ed. *Pain psychology*. São Paulo: Guanabara Koogan. 2014; 15-31p.
- Goldthorpe J, Peters S, Lovell K, McGowan L, Aggarwal V. 'I just wanted someone to tell me it wasn't all in my mind and do something for me': Qualitative exploration of acceptability of a CBT based intervention to manage chronic orofacial pain. *Br Dent J*. 2016;220(9):459-63.
- Gagnier JJ, Kienle G, Altman DG, Moher D, Sox H, Riley DS, CARE Group. The CARE Guidelines: Consensus-based Clinical Case Reporting Guideline Development.
- Gorenstein C, Andrade L. Validation of a Portuguese version of the Beck Depression Inventory and the state-trait anxiety inventory in Brazilian subjects. *Braz J Med Biol Res*. 1996;29(4):453-57.
- Teixeira MJ, Yeng LT. Pain evaluation. In: Teixeira MJ. *Pain: clinical manual*. São Paulo: Ateneu; 2006. 25-38p.
- Menezes Costa Lda C, Maher CG, McAuley JH, Hancock MJ, de Melo Oliveira W, Azevedo DC, et al. The Brazilian-Portuguese versions of the McGill Pain Questionnaire were reproducible, valid, and responsive in patients with musculoskeletal pain. *J Clin Epidemiol*. 2011;64(8):903-12.
- Azevedo F, Pereira A, Dias C, Agualusa L, Lemos L, Romão J, et al. Translation, cultural adaptation and multicentric study for validation of instruments for the evaluation of chronic pain. *Rev Dor*. 2007;15(1):6-56.
- Nery S, Lauria RA, Sarmento VA, Oliveira MGA. Evaluation of anxiety and depression in patients at the third age and the association with burning mouth syndrome. *Rev Cir Med Biol*. 2004;3(1):20-9.
- Finkelsztejn A. Multiple sclerosis. In Chaves, MLF, Finkelsztejn A, Stefani MA. Eds. *Routines in neurology and neurosurgery*. Porto Alegre: Artmed; 2009. 351-62p.
- Oliveira MFV. Psychotherapy in the treatment of facial chronic pain: clinical discussion. In: Siqueira JT, Teixeira MJ. Eds. *Orofacial pain: diagnosis, treatment and quality of life*. Curitiba: Editora Maio, 2001; 149-55p.
- Mundle R. A narrative analysis of spiritual distress in geriatric physical rehabilitation. *J Health Psychol*. 2015;20(3):273-85.