



HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE  
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM PSIQUIATRIA

JOSÉ HENRIQUE MONTEIRO NETO

**DOR CRÔNICA E TRANSTORNOS ANSIOSOS: RELATO DE CASO**

Porto Alegre  
2024

JOSÉ HENRIQUE MONTEIRO NETO

**DOR CRÔNICA E TRANSTORNOS ANSIOSOS: RELATO DE CASO**

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado ao Programa de Residência Médica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre como requisito parcial para a obtenção do título em área de atuação de psicoterapia.

Orientadora: Profa. Dra. Carolina Blaya Dreher

Porto Alegre  
2024

**CIP – Catalogação na Publicação**

## **RESUMO**

Este artigo aborda a intrincada relação entre dor crônica e transtornos ansiosos, investigando como essas duas condições frequentemente coexistem e se influenciam mutuamente. A dor crônica, uma condição debilitante que transcende a esfera física, é analisada em conjunto com os transtornos ansiosos, destacando a interação complexa entre fatores neurobiológicos, psicológicos e sociais. Através de um relato de caso, feito com uma abordagem em terapia cognitivo comportamental, aquelas relações são exploradas, utilizando-se como base a proposta de modelo de evitação do medo.

## **ABSTRACT**

This article addresses the intricate relationship between chronic pain and anxiety disorders, investigating how these two conditions often coexist and influence each other. Chronic pain, a debilitating condition that transcends the physical sphere, is analyzed together with anxiety disorders, highlighting the complex interaction between neurobiological, psychological and social factors. Through a case report, carried out with a cognitive behavioral therapy approach, those relationships are explored, using as a basis the proposed fear avoidance model.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	<b>6</b>
<b>2 RELATO DE CASO</b>	<b>7</b>
<b>3 ARTIGOS</b>	<b>13</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>16</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A dor crônica é um fenômeno complexo que transcende a mera resposta física do corpo a estímulos nocivos. É cada vez mais reconhecido que fatores psicossociais desempenham um papel crucial na experiência e na perpetuação da dor crônica. Uma abordagem interdisciplinar que une a compreensão da dor crônica aos princípios do Modelo de Evitação do Medo revela um panorama mais abrangente desse desafio persistente (CROMBEZ; ECCLESTON; VAN DAMME; VLAEYEN; KAROLY, 2012). No cerne da dor crônica estão não apenas os processos neurofisiológicos, mas também uma intrincada teia de influências psicológicas e sociais. Indivíduos que sofrem de dor crônica muitas vezes experimentam altos níveis de ansiedade, depressão e estresse, amplificando a percepção da dor e contribuindo para sua cronicidade (MULLINS; YONG; BHATTACHARYYA, 2023). Além disso, fatores sociais, como o suporte familiar, o ambiente de trabalho e a aceitação social, desempenham um papel determinante na adaptação do indivíduo à condição dolorosa. O Modelo de Evitação do Medo, proposto inicialmente para explicar os transtornos de ansiedade, encontra uma aplicação significativa na compreensão da dor crônica. Segundo esse modelo, a evitação de atividades percebidas como desencadeadoras de dor leva a um ciclo vicioso de incapacidade funcional e agravamento da condição. O medo da dor pode levar a comportamentos de esquiva, resultando em limitações nas atividades diárias e na participação social, agravando ainda mais a dor e contribuindo para a cronicidade.

Intervenções baseadas no Modelo de Evitação do Medo para a dor crônica incluem estratégias de exposição gradual a atividades temidas, reestruturação cognitiva para modificar crenças negativas sobre a dor e abordagens de mindfulness para cultivar uma aceitação não-julgadora da experiência dolorosa. A integração dessas abordagens psicossociais pode promover uma gestão mais eficaz da dor crônica, proporcionando aos indivíduos ferramentas para quebrar o ciclo de evitação e enfrentar a dor de maneira mais adaptativa.

O objetivo deste trabalho é descrever o caso de uma paciente acompanhada pelo período de 9 meses no ambulatório e discutir as correlações entre dores crônicas e transtornos ansiosos. O caso foi descrito conforme o modelo de formulação cognitiva de Beck (2014).

## 2 RELATO DE CASO

### 2.1 - Dados relevantes da história

Paciente feminino, branca, na quarta década de vida, técnica em contabilidade, com ensino superior incompleto, atualmente trabalha como assistente administrativa em clube social. Busca atendimento por sintomas ansiosos e dores refratárias. Desde o início de sua vida adulta relata sintomas ansiosos, após ter tido sua filha e ser abandonada pelo então companheiro. Teve períodos em que realizou tratamento medicamentoso, de forma irregular, mantendo boa funcionalidade. Em 2017 sofreu acidente de ônibus, no qual esse passou por cima de seu membro inferior esquerdo, ocasionando longa internação hospitalar, bem como sequelas físicas, após ter tido perda óssea no pé esquerdo. Durante o período de recuperação passou a sentir dores em seu quadril direito, associado a lesão muscular. Ficou cerca de 4 anos sem conseguir trabalhar, e passou a ser dependente de familiares em diversos sentidos, desde atividades cotidianas a sustento. Em 2020, sua casa passou por alagamento, tendo dano estrutural e perda de vários itens. Durante esse período passou a ter progressiva piora dos sintomas ansiosos, desenvolvendo sintomas de TAG, enquanto tinha piora das dores musculoesqueléticas de quadril. Realizou acompanhamento por cerca de 3 anos no ambulatório de dor crônica do HCPA, fazendo tratamento medicamentoso com gabapentina até 1,5g/dia, duloxetina até 30mg/dia, não tolerando devido aumento de sintomas ansiosos, escitalopram até 20mg/dia, amitriptilina 75mg/dia (em uso), pregabalina 225mg/dia (em uso) e fluoxetina 10mg/dia (em uso). Além disso chegou a realizar sessões de fisioterapia e acupuntura, sem apresentar resposta satisfatória ao tratamento, e seguindo com progressiva piora das dores. Negou uso de substâncias psicoativas.

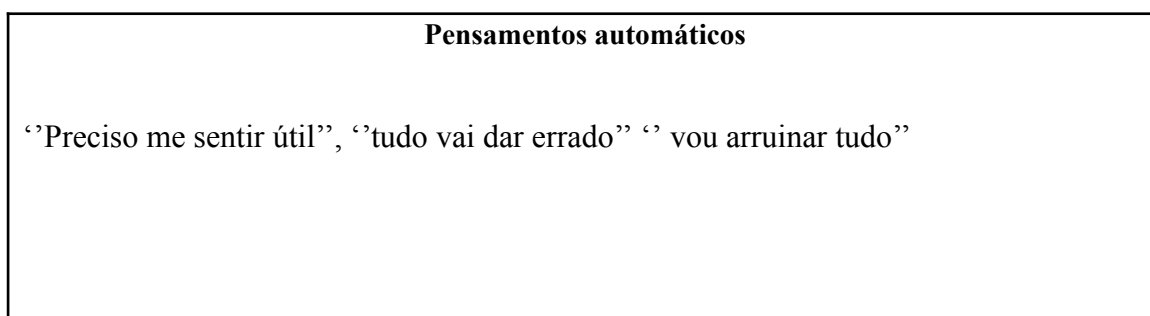
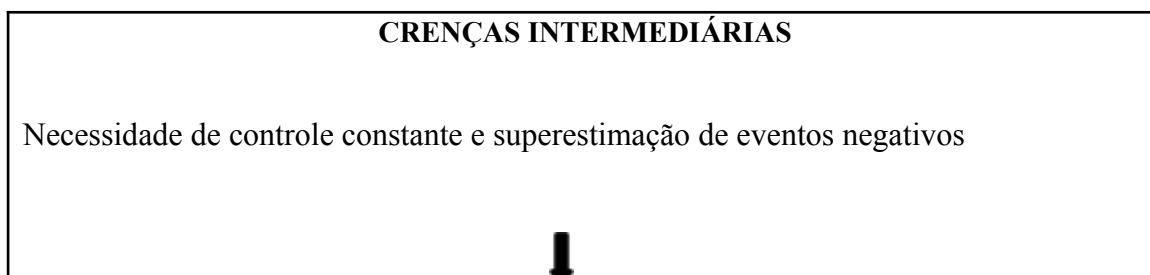
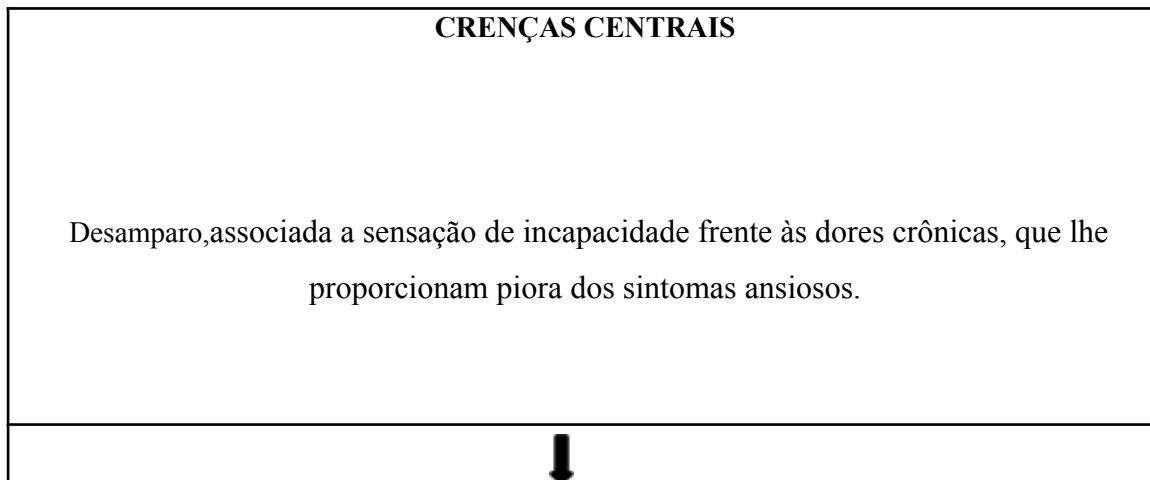
Iniciou processo de psicoterapia, na abordagem cognitivo comportamental, em dezembro de 2022, utilizando pregabalina 225mg/dia e fazendo uso irregular de amitriptilina de 50 a 75mg/dia.

Mora com sua mãe e filha, em casa alugada, após perderem a casa durante enchente. Tem contato esporádico com pai, que passou a morar longe desde sua adolescência e alega ter relação satisfatória.

A mãe iniciou um quadro demencial no último ano e filha também tem diagnóstico de transtorno de ansiedade generalizada. Sem diagnósticos de outros transtornos psiquiátricos conhecidos nos demais familiares.



## 2.2 - Conceitualização cognitiva



<p>Evento 1</p> <p>Quis podar um ramo de uma árvore da casa que está morando, mas acabou podando toda a árvore e teve piora de dores crônicas após.</p>	<p>Evento 2</p> <p>Colega de trabalho a questionou sobre erro em planilha</p>	<p>Evento 3</p> <p>Aniversário de amiga, não queria estar presente, pois se sentia “chata” - estava com piora da dor</p>
---	---	--

Pensamento automático Preciso me ser útil	Pensamento automático ela está errada	Pensamento automático Vou arruinar a festa
Emoções preocupação medo	Emoções Tristeza e culpa	Emoções Preocupação
Comportamento forçar limite físico.	Comportamento Pedir demissão	Comportamento Bebeu a mais do que costuma

### 2.3 Hipótese de trabalho.

A paciente, que sofreu acidente que lhe tirou funcionalidade e teve desdobramentos que impactaram em muito a sua vida, passou a se sentir mais ansiosa com diversas situações e ser menos empática, bem como ajudar menos as pessoas em sua volta. Tem dificuldades em aceitar sua atual condição e sente-se frustrada em seu atual trabalho, pois pensa ser muito capacitada para a atual função. Em razão disso, tem tido alguns conflitos com colegas e com familiares, pois também se julga por não querer ajudá-los como já fez antes de acidente que desencadeou quadro de dor, com tendência a colocar sua condição de saúde como mais importante.

Também tem dificuldades com tratamento medicamentoso, mostrando-se hipersensível aos efeitos colaterais, mas no momento tem aceitado a fluoxetina em lento aumento de dose.

No decorrer do tratamento, a princípio, a paciente mostrou-se resistente às técnicas utilizadas, relatando sentir-se incompreendida e não validada, mostrando pontuação em escala de ansiedade de Hamilton (HAM-A) como 34 ( HAMILTON, 1959), em abril de 2023. Após construção de relação colaborativa e vínculo terapêutico, além de constante implementação de flexibilização cognitiva e técnicas de manejo comportamental de ansiedade, sobretudo o relaxamento muscular progressivo, foi possível notar redução de sintomas ansiosos ( HAM-A 20) em agosto de 2023. No entanto, após importante estressor ambiental, em setembro de 2023, foi visto acentuada piora dos sintomas ansiosos (HAM-A 36), bem como de dores músculo esqueléticas, a qual paciente descrevia com intensidade 9/10. Em seguida, com sessões de apoio e retomada de técnicas previamente vistas, a paciente retomou melhora dos sintomas, em janeiro de 2024, chegando a mostrar HAM -A 18.

### 2.3 Diagnósticos

Levando em conta o histórico da paciente, juntamente do DSM 5 - TR (APA, 2022) , é possível notar que os critérios para Transtorno de ansiedade generalizada (TAG) estão presentes, bem como, segundo o CID 11 (OMS, 2022), a classificação de dor crônica primária associada a fatores psicológicos.

Embora o DSM-5 TR e o CID-11 sejam ferramentas distintas, é possível observar uma interconexão entre os critérios para o Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG) no DSM-5 e a classificação de dor crônica primária associada a fatores psicológicos no CID-11. De acordo com o DSM-5, o TAG é caracterizado por uma preocupação excessiva e persistente sobre diversos eventos ou atividades, ocorrendo na maioria dos dias por pelo menos seis meses. A dificuldade em controlar essa preocupação, juntamente com sintomas físicos como inquietação, fadiga, dificuldade de concentração e irritabilidade, são critérios essenciais para o diagnóstico. Além disso, a ansiedade deve causar sofrimento significativo ou prejudicar o funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas da vida. No CID-11, a categoria "MG31 - Chronic primary pain predominantly related to psychological processes" aborda a dor crônica primária associada principalmente a processos psicológicos. Essa classificação reconhece que a dor crônica pode ser influenciada ou exacerbada por fatores psicológicos, como estresse, ansiedade e outras condições emocionais.

A conexão entre essas categorias reside na compreensão de que fatores psicológicos podem desempenhar um papel significativo tanto no TAG quanto na dor crônica. Indivíduos com TAG frequentemente experimentam uma resposta ansiosa persistente, o que pode contribuir para o desenvolvimento ou agravamento da dor crônica. O estresse crônico, a preocupação excessiva e outros aspectos emocionais associados ao TAG podem aumentar a sensibilidade à dor e a percepção da mesma como persistente. Também é válido notar que a paciente já tinha relato de sintomas ansiosos subsindrômicos em outros momentos de sua vida, e que tiveram a tendência de se agravar após fatores estressantes. Além disso, tendo vista o impacto que um evento gerou em sua vida, o diagnóstico de transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) foi considerado, porém a paciente não apresenta evitações relacionadas ao trauma, bem como flashbacks e pesadelos. Assim não preenchendo os critérios B e C ( APA, 2022)

Ambos os sistemas de classificação reconhecem a complexidade das condições de saúde mental e física, entendendo que fatores psicológicos desempenham um papel importante em várias condições.

### 3 ARTIGOS

Dores agudas intermitentes são sintomas comuns em grande parte dos quadros ansiosos, mas geralmente desaparecem rapidamente após início do tratamento indicado (CROMBEZ; ECCLESTON; VAN DAMME; VLAEYEN; KAROLY, 2012). No entanto, alguns pacientes apresentam dor persistente que interfere nas atividades da vida diária, e quando duram mais que 3 meses são definidas como dores crônicas, de acordo com o CID 11 (2022).

A Pesquisa Nacional de Entrevistas de Saúde de 2019 revelou que entre 244,6 milhões de adultos nos EUA, 50,2 milhões relataram dor crônica, representando 20,5% da população (MULLINS; YONG; BHATTACHARYYA, 2023). Os adultos com dor crônica apresentaram maior gravidade de sintomas depressivos e de ansiedade em comparação com aqueles sem dor crônica. Cerca de 22% e 24% dos que sofrem de dor crônica fazem uso de medicamentos para depressão e ansiedade, respectivamente (MULLINS; YONG; BHATTACHARYYA, 2023). Em revisão sistemática e meta análise de Santiago, Oliveira, Silva, Silva, Bergamo, Parise e Villela (2023), foram analisados dados de artigos brasileiros e foi encontrada prevalência de dor crônica na população adulta de 35% e em idosos 47%. No entanto, não foi analisado o uso de medicamentos para dor (SANTIAGO; OLIVEIRA; SILVA; SILVA; BERGAMO; PARISE; VILLELA, 2023).

A presença de dor crônica em adultos foi associada a pontuação de gravidade significativamente mais elevadas tanto para ansiedade como para depressão, conforme medido por inquéritos validados numa amostra representativa em nível nacional (MULLINS; YONG; BHATTACHARYYA, 2023). O mesmo aconteceu com a associação entre dor crônica e um adulto tomando medicação para depressão e/ou ansiedade. Estes dados sublinham o impacto da dor crônica no bem-estar psicológico da população em geral.

Alguns estudos demonstraram que há associação entre ansiedade e morfologia da substância cinzenta, propriedades da substância branca, atividade funcional em estado de repouso e ativação do cérebro relacionada a tarefas em pacientes com dor crônica. Sete estudos investigaram a associação entre ansiedade e alterações morfológicas da substância cinzenta em pacientes com dor crônica. Três desses estudos encontraram uma correlação negativa significativa entre ansiedade e volume de substância cinzenta, com três no giro medial superior direito e frontal, um na ínsula anterior esquerda e um no tálamo. Os quatro estudos restantes não encontraram correlação significativa (MALFLIET; COPPIETERS; VAN

WILGEN; KREGEL; PAUW; DOLPHENS; ICKMANS, 2017). Concluindo, as evidências sobre a associação entre ansiedade autorreferida e alterações morfológicas da substância cinzenta são ambíguas. Embora a maioria dos estudos não tenha uma associação, há algumas evidências de uma associação de ansiedade com alterações da massa cinzenta em áreas afetivo-cognitivas do cérebro, mas a direção desta associação permanece inconclusiva (MALFLIET; COPPIETERS; VAN WILGEN; KREGEL; PAUW; DOLPHENS; ICKMANS, 2017).

A dor inicia um conjunto de respostas cognitivas, emocionais e comportamentais que podem ou não exacerbar a dor e a incapacidade. As abordagens à dor crônica muitas vezes ignoram os fatores psicossociais e concentram-se nas anomalias estruturais ou biomédicas (CROMBEZ; ECCLESTON; VAN DAMME; VLAEYEN; KAROLY, 2012). Doravante, um modelo mais abrangente dentro desta perspectiva biomédica é o modelo de evitação do medo que descreve uma trajetória para indivíduos que experimentam dor aguda, potencialmente levando à incapacidade crônica e ao sofrimento, além ,também, de levar em conta elementos psicossociais (CROMBEZ; ECCLESTON; VAN DAMME; VLAEYEN; KAROLY, 2012).

Esse modelo enfatiza a importância das crenças dos pacientes sobre a sua dor e o seu papel na promoção do medo e da evitação. Essas crenças muitas vezes resultam do equívoco de que a dor é um sinal de dano tecidual que leva à incapacidade e só pode ser tratada com medicamentos. O medo e a evitação podem resultar em um padrão comportamental que não se alinha com a patologia subjacente, levando a uma percepção exagerada da dor.

Por outro lado, se a dor for interpretada como não ameaçadora, os pacientes retomam as atividades físicas e a vida diária, testando e corrigindo as expectativas de dor. Contudo, se a dor for mal interpretada como uma catástrofe, os pacientes podem subestimar a dor futura e as suas consequências negativas. Isto leva a um medo excessivo da dor e de lesões, levando à hipervigilância, à seleção automática de informações relacionadas à dor em detrimento de outras informações ambientais (CROMBEZ; ECCLESTON; VAN DAMME; VLAEYEN; KAROLY, 2012).

Tanto a evitação como a hipervigilância parecem fazer sentido em curto prazo, protegendo o corpo de novas lesões e proporcionando tempo para a cura. No entanto, a evitação persistente e a hipervigilância são disfuncionais e, em longo prazo, levam a mais dor, incapacidade e sofrimento. Os pacientes estão menos inclinados a realizar atividades diárias e a serem fisicamente ativos, aumentando sua vulnerabilidade a mais dor e sofrimento. O comportamento de evitação pode levar à incapacidade de realizar atividades valorizadas, à redução de experiências positivas e ao isolamento social, o que contribui para o sofrimento

afetivo. Além disso, a evitação pode diminuir os níveis de atividade física, levando potencialmente ao descondicionamento físico ou a uma “síndrome de desuso”, que pode diminuir o limiar no qual a dor é sentida (CROMBEZ; ECCLESTON; VAN DAMME; VLAEYEN; KAROLY, 2012).

Em uma metanálise, Rogers e Farris (2022) encontraram diferenças no tamanho do efeito entre a catastrofização da dor, o medo da dor e a vigilância da dor com os resultados, de modo que, geralmente, a catastrofização da dor estava mais fortemente associada aos resultados clínicos. Uma revisão da literatura sugere que a catastrofização da dor, o medo da dor e a vigilância da dor são importantes para a compreensão da dor e dos resultados funcionais, com algumas pesquisas sugerindo que o medo da dor pode ser mais importante. Há também literatura que sustenta que a relação entre a vigilância da dor e os resultados da dor pode não ser direta, mas pode ser mediada pela catastrofização da dor e pelo medo Meints e Edwards (2018). As análises dos moderadores da medida sugerem diferenças na magnitude da associação entre a catastrofização da dor e o medo da dor com o desfecho da medida utilizada. Em todos os resultados, os resultados catastróficos da dor mostraram associações mais fortes do que o medo dos resultados da dor. Dentro do construto catastrofização da dor, houve pequenas diferenças de magnitude entre o Questionário de Estratégias de Coping – Subescala Catastrofização e a Escala Catastrofização da Dor (PCS) Rogers e Farris (2022), mas no geral, essas medidas foram mais fortemente associadas a todos os desfechos.

Além disso, a relação entre o medo da dor e os resultados foi maior nas clínicas de dor e menor nas clínicas de cuidados primários. Isto potencialmente se refere aos tipos de pacientes que se apresentam em cada clínica e estudo subsequente, sugerindo que o medo da dor pode ser um fator de vulnerabilidade mais saliente para o início, manutenção e exacerbação da dor.



#### 4. REFERÊNCIAS

1. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders**. [s.l.] American Psychiatric Association Publishing, 2022.
2. CID-11. Classificação Internacional de Doenças - 11ª Revisão. Organização Mundial da Saúde, 2022
3. MULLINS, Peter M.; YONG, Robert Jason; BHATTACHARYYA, Neil. Associations between chronic pain, anxiety, and depression among adults in the United States. **Pain Practice**, [S.L.], v. 23, n. 6, p. 589-594, 14 mar. 2023. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1111/papr.13220>.
4. MALFLIET, A.; COPPIETERS, I.; VAN WILGEN, P.; KREGEL, J.; PAUW, R. de; DOLPHENS, M.; ICKMANS, K.. Brain changes associated with cognitive and emotional factors in chronic pain: a systematic review. **European Journal Of Pain**, [S.L.], v. 21, n. 5, p. 769-786, fev. 2017. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1002/ejp.1003>.
5. CROMBEZ, Geert; ECCLESTON, Christopher; VAN DAMME, Stefaan; VLAEYEN, Johan W.s.; KAROLY, Paul. Fear-Avoidance Model of Chronic Pain. **The Clinical Journal Of Pain**, [S.L.], v. 28, n. 6, p. 475-483, jul. 2012. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). <http://dx.doi.org/10.1097/ajp.0b013e3182385392>.
6. ROGERS, Andrew H.; FARRIS, Samantha G.. A meta-analysis of the associations of elements of the fear-avoidance model of chronic pain with negative affect, depression, anxiety, pain-related disability and pain intensity. **European Journal Of Pain**, [S.L.], v. 26, n. 8, p. 1611-1635, 7 jul. 2022. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1002/ejp.1994>.
7. MEINTS, S.M.; EDWARDS, R.R.. Evaluating psychosocial contributions to chronic pain outcomes. **Progress In Neuro-Psychopharmacology And Biological Psychiatry**, [S.L.], v. 87, p. 168-182, dez. 2018. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pnpbp.2018.01.017>.

8. HAMILTON, Max. THE ASSESSMENT OF ANXIETY STATES BY RATING. **British Journal Of Medical Psychology**, [S.L.], v. 32, n. 1, p. 50-55, mar. 1959. Wiley.

<http://dx.doi.org/10.1111/j.2044-8341.1959.tb00467.x>.

9. BECK, Judith S.. Conceitualização cognitiva. In: BECK, Judith S.. **Terapia cognitivo-comportamental: Teoria e prática**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. Cap. 3. p. 54-68.

10.SANTIAGO, Bruno Vitor Martins; OLIVEIRA, Ana Beatriz Garcez de; SILVA, Gabriel Machado Romão da; SILVA, Maxuel de Freitas da; BERGAMO, Pedro Ernandes; PARISE, Maud; VILLELA, Nivaldo Ribeiro. Prevalence of chronic pain in Brazil: a systematic review and meta-analysis. **Clinics**, [S.L.], v. 78, p. 100209, jan. 2023. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.clinsp.2023.100209>.