

## **A INFLUÊNCIA DA DOR NA PSIQUE**

*Renata Arbex de Paiva Teles\**  
*Dra. Livia Márcia Batista de Andrade\*\**

### **RESUMO**

A dor faz parte do cotidiano de muita gente. Dor se trata de um fenômeno extremamente complexo do corpo humano e cuja etiologia e manifestação são multidimensionais, com bases teóricas advindas de várias ciências. A dor, especialmente crônica, tem uma influência muito grande na psique e pressupõe atenção de diferentes profissionais.

Há uma preocupação em compreender e evitar o sofrimento desnecessário causado por processos dolorosos.

O objetivo deste artigo é informar e aprofundar conhecimentos sobre algo que é parte integrante da vida – a dor. Embora subjetiva, ela não é abstrata. Ela é sentida por alguém e este alguém precisa ser compreendido e respeitado na sua realidade e na sua totalidade, para que esta dor possa ser verdadeiramente tratada. Os fatores psicológicos, sociais e culturais são de importância fundamental na mediação do processamento da dor.

**Palavras-chave:** dor, psicossomática, dor crônica, somatização, psicanálise.

### **ABSTRACT**

Pain is part of the everyday life of many people. Pain is a very complex phenomenon of the human body and its etiology and manifestation are multidimensional and its theoretical background comes from several sciences. Pain, particularly chronicle, has a great influence on the psyche and assumes the attention from different professionals.

There is a concern to understand and prevent unnecessary suffering caused by painful processes.

The objective of this article is to inform and to deepen the knowledge on something that is an integrating part of life - the pain. Although subjective, it is not abstract. It is felt by someone who needs to be understood and respected in his/her reality and totality, so that this pain can be truly treated. The psychological, social and cultural factors are fundamental in the mediation of the pain process.

**Key words:** pain, psychosomatic, chronicle pain, somatization, psychoanalysis.

---

\* Psicóloga recém-formada pelas Faculdades Padre Anchieta. Este artigo é fruto do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), desenvolvido no ano de 2003, sob a orientação da Dra. Livia Márcia Batista de Andrade.

\*\* Doutora em Psicologia – Puc Campinas. Docente e supervisora da Faculdade de Psicologia Padre Anchieta. Psicóloga Clínica.

A fundamentação da psicossomática ocorre com base nos estudos de fisiologia, psicologia social, patologia geral e psicologias dinâmicas, em especial a psicanálise. A manifestação psicossomática é vista por muitos autores como uma forma de defesa pela qual a pessoa converte um problema psicológico em um problema fisiológico como uma reação que tenta equacionar ansiedades experienciadas em seu cotidiano.

Mello Filho (1992) referencia a saúde sendo vista como uma construção humana, porém a doença é a sintomatologia de algo não elaborado internamente, visto que somos um todo e da mesma forma que não podemos ser reconhecidos por parte, não podemos reconhecer uma parte no todo.

O mesmo autor considera psicossomáticos fatores psicológicos que afetam a condição física conseqüente de estímulos ambientais emocionalmente significativos e relacionados ao início ou exigência de uma condição física ou distúrbio específico. Atualmente, é comum, frente às crises e dificuldades, nos depararmos com pessoas apresentando um quadro clínico debilitado e que foram submetidas a diversos exames, diagnósticos, que já consultaram inúmeros médicos e que acabam sendo encaminhadas a um psiquiatra porque a causa de sua doença é psicológica. Isto demonstra que fatores emocionais desencadeiam alterações psicológicas através do Sistema Nervoso e de hormônios.

Assim, o estresse prejudicial que vivemos no cotidiano leva-nos de forma perceptível ou não a desencadear diferentes maneiras de defesa do organismo.

“A dor sempre atormentou o homem, e as causas e os tratamentos para os estados dolorosos foram buscados desde as mais primitivas civilizações. Entretanto, o estudo e o manejo da dor como sintoma e como doença ainda deixam muito a desejar (...) O estudo do sofrimento da dor na sua totalidade é algo recente. As chamadas clínicas de dor ou unidades multiprofissionais dedicadas à compreensão e ao controle da dor datam dos últimos quarenta anos e existem ainda em pequeno número” (Cf. Carvalho, 1999: p. 9).

Há tempos, as denominadas “doenças psicossomáticas” têm despertado o interesse de psicólogos, psicanalistas, psiquiatras e médicos. Entretanto, cada qual guarda uma abordagem específica, dentro de suas linhas de pensamento, existindo entre eles algumas controvérsias.

O termo *psicossomática* foi introduzido na área médica em 1818, por Helmholtz, e seu sentido era designar as doenças somáticas que surgiam tendo como fatores etiológicos os aspectos mentais (Zimerman, 1999).

O estabelecimento da definição oficial de dor, formulada pela International Association for the Study of Pain (IASP), em 1979, uniu definitivamente a antiga divisão entre corpo e alma, a qual engloba os componentes físicos e psíquicos da dor. A dor foi conceituada pela IASP como “uma experiência sensorial e

emocional desagradável, associada a um dano real ou potencial dos tecidos, ou descrita em termos de tais lesões” (Carvalho, 1999).

Hoje, a partir dos conhecimentos desenvolvidos pelas equipes que pesquisam a dor, sabemos e podemos tratá-la, controlá-la e, na pior das hipóteses, minorá-la. Compreendemos o que causa a dor e o que a dor nos causa.

A dor é útil como aviso, sinal de alerta de algo ruim e/ou errado ocorrendo no organismo. Mas ela não tem mais utilidade quando se torna insidiosa, prolongada, uma patologia em si, como é o caso das dores crônicas.

Cada dor é uma dor de uma pessoa, com todas as suas peculiaridades – sua história, sua criação, sua etnia, sua personalidade, seu contexto, seu momento.

A compreensão da evolução e das tendências futuras dos conceitos sobre a gênese e manutenção da dor, dos métodos para avaliação de sua expressão e do impacto na vida dos indivíduos é fundamental para o estabelecimento de estratégias visando ao controle e prevenção das queixas algícas.

A dor é um mecanismo de proteção do corpo; ocorre sempre que os tecidos estão sendo lesados e faz com que a pessoa aja para remover o estímulo doloroso.

O homem ao nascer traz consigo herança genética somada a aspectos naturais próprios, descobre o mundo e, a partir deste somatório, forma sua estrutura de personalidade que será desenvolvida conforme suas experiências, suas vivências e manejos com fatores de risco apresentados. De acordo com a direção tomada, o resultado levará a um maior ou menor grau de satisfação, somatização e possibilidades de adoecer.

A percepção e o significado da dor enquanto experiência universal do ser humano também é modulada pela cultura.

O processo de aculturação é essencial no desenvolvimento dos valores, crenças, atitudes e comportamentos relativos à dor. A internalização desses elementos culturais inicia-se na infância e é denominada socialização primária. Disso resulta que os aspectos culturais internalizados na infância são muito mais arraigados do que os originados da socialização secundária. (Berger e Luckman, 1996). É importante ressaltar que fatores genéticos, idade, sexo, aparência, personalidade e inteligência, entre outros, interferem, de modo crucial, na internalização da realidade objetiva.

A bagagem cultural tem um poderoso efeito na tolerância à dor, uma vez que estímulos que produzem dor insuportável para uma pessoa podem ser perfeitamente toleráveis por outra.

A apreciação da dor é uma experiência privada e subjetiva que não resulta apenas das características da lesão tecidual (Melzack e Wall, 1991 *apud* Carvalho, 1999). As variações na experiência dolorosa entre as pessoas se devem, entre outros fatores, a diferenças nos limiares de dor. Os limiares de dor são medidos pela aplicação de estímulos de intensidade crescente a uma pequena

área da pele. O limiar de percepção à dor representa a menor intensidade em que o estímulo passa a ser percebido como doloroso, desconfortável a ponto de o indivíduo se retrair e/ou solicitar sua interrupção. Este limiar é muito semelhante entre as pessoas, mas a tolerância à dor varia muito e está relacionada a fatores sensoriais, genéticos, emocionais, culturais e sociais. Portanto, os profissionais devem ficar atentos para o fato de que os doentes sejam vistos como autoridades sobre sua dor.

Alguns tipos de dor são citados na literatura:

**Dor Rápida:** A dor rápida é sentida em 0,1 segundo quando é aplicado um estímulo doloroso. É descrita por vários nomes alternativos como dor cortante, dor em pontada, dor aguda, dor elétrica, entre outras. Esse tipo de dor é sentida quando se enfia uma agulha na pele, a pele é cortada por uma faca, a mesma é agudamente queimada ou se leva um choque elétrico. Esta dor não é sentida na maior parte dos tecidos profundos do corpo.

**Dor Lenta:** A dor lenta só começa a ser sentida após um segundo ou mais e depois aumenta vagarosamente por muitos segundos e, às vezes, minutos. Assim como a dor rápida, a dor lenta também recebe outros nomes tais como dor lenta em queimação, dor contínua, dor latejante, dor nauseante e dor crônica. Esse tipo de dor é associado à destruição dos tecidos. Pode levar ao sofrimento mais intenso, prolongado, insuportável, e ocorre tanto na pele, como em quase todos os tecidos ou órgãos.

“O grau com que uma pessoa reage à dor é extremamente variável. Isto resulta em parte da capacidade do próprio cérebro suprimir a entrada de sinais da dor no sistema nervoso, ativando um sistema de controle da dor, chamado de *sistema de analgesia*.” (Guyton e Hall, 1998: p. 519).

Normalmente, *dor* é consequência de algum distúrbio em algum órgão ou sistema do nosso organismo, sendo possível, na maioria das vezes, estabelecer uma correlação entre eles. Muitas pessoas tendem a ignorar alguma dor que sentem, não dando a ela a devida importância. É preciso lembrar sempre que *dor* é um aviso do nosso organismo, querendo informar-nos de que algo não está bem. *Dor* é, por isso mesmo, um importante mecanismo de defesa e de preservação da nossa vida. É importante que uma *dor* seja devidamente valorizada e interpretada, para que se possa procurar eliminar a causa que deu origem a esta dor.

No entanto, a dor crônica é patológica, não tem função biológica e, muitas vezes, não apresenta relação de causa e efeito, e deve ser tratada pelo tempo que for necessário.

Segundo o Subcomitê de Taxonomia da IASP, a dor crônica é classificada de acordo com os seguintes critérios: região anatômica, sistema orgânico, características temporais da dor e padrão de ocorrência, julgamento do pacien-

te sobre a intensidade da dor, tempo desde o surgimento da dor e etiologia (American Psychiatric Association, 1994 *apud* Murta, 1999).

No DSM-IV-TR (2002/2003), a dor é considerada como crônica após seis meses de duração e é classificada em três subtipos:

- *Desordem de dor associada com fatores psicológicos*: quando se julga que os fatores psicológicos têm um papel predominante no surgimento, severidade, exacerbação ou manutenção da dor.

- *Desordem de dor associada com fatores psicológicos e condição médica geral*: quando se julga que os fatores psicológicos e condição médica geral têm papéis importantes no surgimento, severidade, exacerbação ou manutenção da dor.

- *Desordem de dor associada com condição médica geral*: quando a dor resulta da condição médica e julga-se que fatores psicológicos desempenham nenhum papel ou papel mínimo no surgimento e manutenção da dor (1994).

Outro sistema de classificação (Brandão, 1993) compreende:

- *Dor crônica nociceptiva*: resultante de distúrbios orgânicos que provocam alterações na função neuronal.

- *Dor crônica neuropática*: decorrente de lesões das vias nociceptivas.

- *Dor crônica psicogênica*: causada predominantemente por fatores psicológicos.

### **AFINAL, QUAL A INFLUÊNCIA DA DOR CRÔNICA NA PSIQUE?**

“E como a doença não é algo que vem de fora, não é um corpo estranho e sim um modo de ser expressando-se em circunstâncias adversas, assim como a pessoa tem um modo-de-ser, também possui um modo-de-adoecer; seu modo-de-ser-e-de-adoecer único, que sobrevém em circunstâncias críticas.” (Perestrello, 1989: p. 254).

Se a dor aguda pode e deve ser interpretada como um sinal de alerta, a dor crônica já não tem mais essa função. Uma dor pode tornar-se crônica pelos mais variados motivos, mas ela certamente não tem mais uma função de alerta ou defesa. A dor crônica merece maior atenção por parte da medicina moderna, pois é a responsável por acabar com a qualidade de vida, é ela que limita a movimentação, a agilidade, a atividade e o bem-estar das pessoas.

Além do grande estresse físico causado pela dor, outros efeitos se somam ao problema, pois o indivíduo portador de dor crônica acaba se deprimindo, se afastando do convívio familiar e dos amigos, se distanciando do trabalho e de outras atividades físicas. Esse quadro psicológico é extremamente variável de pessoa para pessoa. Há pessoas que mesmo sentindo dor forte têm perfeito controle sobre si. Já outras, com a mesma dor, tomam atitudes muitas vezes

irracionais, reagem de forma anômala frente ao estresse da dor. Com certeza as dores crônicas têm ainda mais envolvimento emocional que as dores agudas.

Dessa forma, este grupo de pessoas, em sua maioria, passam a queixar-se de insatisfação nas relações familiares, isolam-se afetivamente deixando de lado suas rotinas de vida em termos de lazer e amizades, tornando-se então insatisfeitas em todas as suas atividades, inclusive profissionais. O prejuízo funcional advindo tanto dos processos fisiológicos de cronificação da doença, como também da experiência dolorosa contínua, vai obscurecendo o brilho da vida aos olhos dessas pessoas, tornando-as, dessa forma, tristes e sem perspectivas.

Segundo Freud (1895):

“a ‘vivência da dor’ é a vivência da angústia. A vivência da dor física é a vivência da angústia de aniquilamento. A energia psíquica associa-se a representações, investindo algumas delas de modo especial. Em muitos casos, a angústia de aniquilamento é tal, que não resta qualquer condição para que seja possível, mesmo que precariamente, um investimento em outro sentido, em outro objeto”.

A vivência de dor durante meses e até anos leva o indivíduo a experimentar afetos depressivos, alterando as percepções de si, principalmente no que se refere à auto-imagem; a sensação de invalidez e incapacidade de administrar sua vida de forma independente são aspectos inevitavelmente tangidos por essa experiência física de dor crônica resultando freqüentemente em perdas, prejuízos nas atividades laborativas, alteração do humor, mudanças no sono e no apetite, bem como os sentimentos de ansiedade e medo.

Figueiró (2000) escreve acerca da cronificação:

“Alguns pacientes procuram manter a cronicidade da doença com a finalidade de obter cuidados que, fora do ambiente médico-hospitalar, não obteriam, ou por sentirem necessidade psicológica de viver dramaticamente num estado crônico”.

No entanto, a necessidade de viver “dramaticamente” num estado crônico, como alude o autor, não se refere necessariamente a um processo deliberado ou simulatório, e sim a uma dimensão inconsciente.

O produto da consciência consiste essencialmente de percepções e de sensações de prazer e desprazer que aparecem do interior do aparelho mental. O sistema consciente é caracterizado pela particularidade de que nele os processos excitatórios não deixam nenhuma mudança permanente em seus elementos mas expiram no fenômeno de tornarem-se conscientes. O núcleo vivo é

munido de um escudo contra os estímulos do mundo exterior. A camada cortical (córtex sensorial somático) próxima ao escudo deve ser diferenciada como um órgão para receber os estímulos externos, onde começa a perceber a dor gerando impulsos nervosos captados e conduzidos pelos nociceptores. Porém é desprovida de qualquer escudo contra as excitações provenientes do interior. Este córtex sensitivo, que posteriormente torna-se o sistema consciente, também recebe excitações advindas do exterior. O desprazer da dor física é provavelmente o resultado do rompimento do escudo protetor. A transição da dor física para a dor mental corresponde a uma mudança do investimento narcísico para o investimento do objeto. O ego não pode proteger-se dos perigos pulsionais internos tão bem como da realidade. Aceita a formação de sintomas em troca de enfraquecer as pulsões (Freud, 1926).

Um sintoma é um sinal e um substituto de uma satisfação pulsional que permaneceu temporariamente inativa; é uma conseqüência do processo de recalçamento, que procede do ego quando este se recusa a associar-se com um investimento pulsional originado no id. O ego é capaz, por meio do recalçamento, de impedir que a idéia que serve de veículo ao impulso se torne consciente. O ego é a sede da angústia que, a fim de se opor a um processo pulsional do id, tem apenas que dar um sinal de desprazer para obter o auxílio do princípio do prazer com a finalidade de reprimir o id. Um sintoma surge de uma pulsão afetada deturpadamente pela regressão. A pulsão se expressa através de um substituto que é reduzido, deslocado e inibido. Freud (1926) demonstrou que o ego pode exercer controle sobre o id bem como depender dele. Ao ato inicial de recalque segue-se uma seqüência interminável em que a luta contra a pulsão prolonga-se numa luta contra o sintoma. Nesta luta defensiva secundária o ego apresenta duas facetas com expressões contraditórias; sua própria natureza o obriga a fazer algo que deve ser considerado como uma tentativa de restauração ou reconciliação. A presença de um sintoma pode implicar num certo prejuízo da capacidade, o que pode ser utilizado para aplacar alguma exigência por parte do superego ou para recusar alguma demanda do mundo exterior. Desta forma, o sintoma gradativamente se torna o representante de interesses importantes. Tudo isto resulta num benefício secundário da doença que se segue. Existem dois pontos de vista a respeito da formação de sintomas e a geração de angústia. Um é que a angústia constitui, em si mesma, um sintoma de neurose. O outro é que os sintomas se formam apenas para evitar a angústia, são criados de forma a afastar o ego de uma situação de perigo. Se os sintomas são impedidos de se formar, o perigo de fato se materializa. A formação de sintomas acaba com a situação de perigo. O processo defensivo é uma tentativa de fuga de um perigo pulsional. Cada situação de perigo corresponde a um período particular da vida ou fase de desenvolvimento do aparelho mental e é por eles justificado. Algumas situações de perigo conseguem subsistir até épocas posteriores, modificando seus determinantes de angústia

de forma a atualizá-los. Outros determinantes de angústia, tais como o medo do superego, estão destinados a não desaparecerem (Freud, 1926).

“A prática da psicanálise ensina que uma dor intensa sempre nasce de um transtorno do eu, mesmo que seja momentâneo; e que, uma vez aportada no inconsciente, ela reaparecerá, transfigurada em acontecimentos penosos e inexplicados da vida cotidiana”(Nasio, 1997: p. 71).

Nessa perspectiva, a doença coloca-se como forma de expressão simbólica do organismo potencialmente associada a um conflito, e a busca do significado do processo de adoecer e da própria doença merece especial atenção.

O corpo passa a ser usado como expressão dos sentidos e dos símbolos, em especial o corpo em sofrimento (físico ou psíquico).

O corpo doente é percebido como uma figuração simbólica, encarnação de um sofrimento da alma e é através da palavra, manipulação psíquica, que a cura é obtida.

#### **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

BERGER, P. L., LUCKMAN, N. T. (1996). A sociedade como realidade subjetiva. In: BERGER, P. L., LUCKMAN, N. T. *A construção social da realidade*. Petrópolis: Vozes.

BRANDÃO, M. L. (1993). Dores Crônicas. In: GRAEFF, F. G., BRANDÃO, M. L. *Neurobiologia das doenças mentais*. São Paulo: Lemos.

CARVALHO, M. M. M. J. (1999). *Dor: um estudo multidisciplinar*. São Paulo: Summus.

*DSM-IV-TR-TM: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. (2002/2003). 4.ed. Trad. Cláudia Dornelles. Porto Alegre, RS: Artes Médicas.

FIGUEIRÓ, J. A. E. (2000). Psicologia do doente crônico. In: CONGRESSO DE MEDICINA E ACUPUNTURA. São Paulo.

FREUD, S. (1926). Inibições, sintomas e angústia. In: *Novas Contribuições à Psicanálise*. 2. ed. Trad. Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Delta, 1986. v. 20. Edição Standard Brasileira.

\_\_\_\_\_. (1895). *Projeto de uma psicologia*. Trad. Gabbi O. F. Rio de Janeiro: Imago.



- GUYTON, A. C., HALL, J. E. (1998). *Fisiologia humana e mecanismos das doenças*. 6.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- MELLO FILHO, J. (1992). *Psicossomática hoje*. Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
- MURTA, S. G. (1999). Avaliação e manejo da dor crônica. In: CARVALHO, M. M. M. *J. Dor: um estudo multidisciplinar*. (1999). São Paulo: Summus.
- NASIO, J. D. (1997). *O livro da dor e do amor*. Trad. Lucy Guimarães. São Paulo: Jorge Zahar.
- PERESTRELLO, D. (1989). *A medicina da pessoa*. 4.ed. Atheneu.
- ZIMERMAN, D. E. (1999). *Fundamentos psicanalíticos: teoria, técnica e clínica – uma abordagem didática*. Porto Alegre, RS: Artes Médicas.