

Aspectos de saúde mental e da relação médico-paciente importam no manejo da dor crônica refratária

João Paulo Consentino Solano^{1,2}  José Eduardo Guimarães Pereira³  Rayane da Silva Souza Barbosa⁴  Hazem Adel Ashmawi^{5,6} 

¹Professor de Psiquiatria, Curso de Medicina, Centro Universitário São Camilo – CUSC. São Paulo/SP, Brasil.

²Docente colaborador do programa de Educação Continuada em Fisiopatologia e Terapêutica da Dor, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – FMUSP. São Paulo/SP, Brasil.

³Anestesiologista, Hospital Central do Exército e Hospital Unimed. Volta Redonda/RJ, Brasil.

⁴Anestesiologista, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – FMUSP. São Paulo/SP, Brasil.

⁵Anestesiologista, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP. Campinas/SP, Brasil.

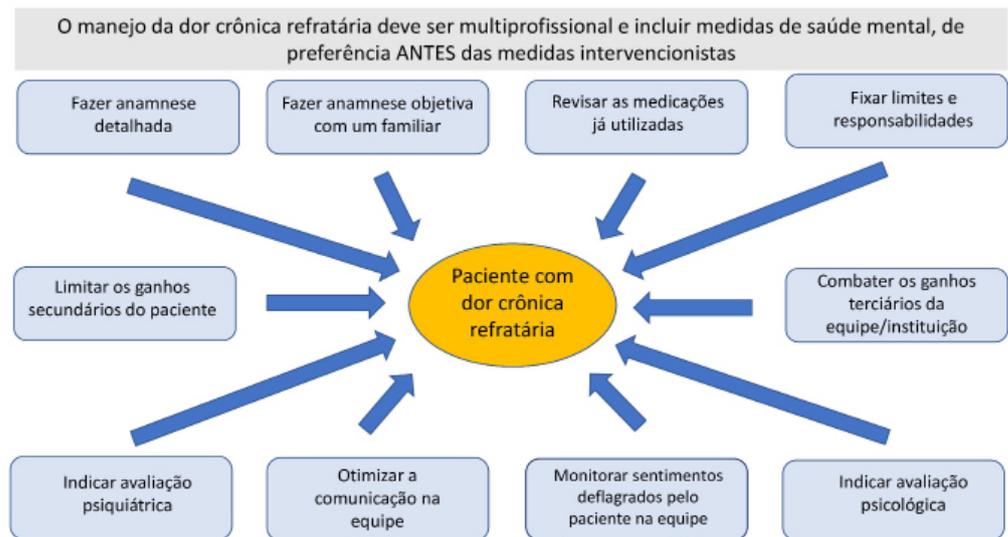
⁶Supervisor da Equipe de Controle de Dor, Divisão de Anestesia, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – FMUSP. São Paulo/SP, Brasil.

E-mail: joao.solano@prof.saocamilo-sp.br

Highlights

- Diante do paciente com dor refratária, antes de realizar medidas intervencionistas.
- Revisar a anamnese e fazer uma anamnese objetiva (com um familiar)
- Inventariar todas as medicações já utilizadas pelo paciente.
- Fixar limites e revitalizar a responsabilidade do paciente para com o seu tratamento
- Identificar e manejar os ganhos secundários, além de combater o ganho terciário.
- Otimizar a comunicação e monitorar os sentimentos que o caso suscita na equipe
- Referenciar o paciente para avaliações em saúde mental (psiquiatria e psicologia).

Resumo Gráfico



Resumo

A dor crônica não-oncológica (DCNO) está entre as condições clínicas que mais desafiam a medicina curativa, dadas as suas altas taxas de insucesso terapêutico. Em muitos casos, as equipes de tratamento de dor não conseguem delimitar uma clara causa orgânica para o quadro algóico; em outros, encontra-se um fator etiológico ao qual pode ser atribuído o quadro, mas se reconhece – de pronto ou com a delonga de alguns anos – que aquele substrato orgânico é insuficiente para perpetuar o sofrimento de um dado paciente por tanto tempo; finalmente, há casos em que se consegue corrigir a suposta causa orgânica da dor mas, mesmo assim, o paciente não melhora, ou não melhora na medida do esperado. O objetivo deste trabalho é apresentar uma revisão de literatura sobre aspectos de saúde mental e da relação médico-paciente intervenientes no manejo de pacientes com DCNO refratária. Utilizou-se metodologia de busca sistemática e revisão de literatura, com uso dos descritores *intractable pain*, *pain management*, *medical history*, *medication review*, *physician-patient relationship*, e *mental health evaluation* nas bases de dados *Cochrane Central*, *PubMed* e *LILACS*, sem restrições quanto a desenho do estudo, idioma ou data de publicação. Dez sugestões são apresentadas como resultado da análise dos artigos incluídos e da experiência dos autores, algumas relacionadas à abordagem semiológica e outras ao seguimento terapêutico dos pacientes com DCNO. As sugestões apresentadas podem ser úteis no manejo de casos refratários de DCNO, e deveriam ser implementadas preferentemente antes da indicação de procedimentos invasivos.

Palavras-chave: Dor Intratável. Anamnese. Relações Médico-Paciente. Psiquiatria. Psicologia Clínica.

Editor de área: Edison Barbieri
Mundo Saúde. 2025,49:e16842024
O Mundo da Saúde, São Paulo, SP, Brasil.
<https://revistamundodasaude.emnuvens.com.br>

Recebido: 19 novembro 2024.
Aceito: 24 junho 2025.
Publicado: 23 julho 2025.

INTRODUÇÃO

A dor crônica está entre as condições médicas de mais difícil tratamento, particularmente a dor crônica não-oncológica (DCNO) para a qual não se consiga atribuir uma clara causa orgânica. Pacientes com DCNO geralmente ficam por anos buscando, sem sucesso, um tratamento que lhes traga a solução de seu sofrimento. Muitas vezes, a medicina encontra um fator etiológico ao qual atribuir o quadro algico mas reconhece que aquele substrato orgânico é insuficiente para perpetuar o sofrimento de um dado paciente por tanto tempo. Noutras vezes, a medicina consegue corrigir a suposta causa orgânica da dor mas, mesmo assim, o paciente não melhora (ou não melhora na medida do esperado). Na história da medicina, a situação tem evoluído de maneira tão desfavorável, que a DCNO é por muitos considerada uma entidade nosológica sem tratamento adequado, restando aos pacientes aceitar sua condição, amenizar o sofrimento o quanto possível, e administrar as limitações secundárias¹.

Quando as equipes de tratamento de dor se defrontam com casos refratários de DCNO, é frequente que se avenge que fatores psicológicos ou psiquiátricos estejam contribuindo para o quadro. A definição mais recente de dor apresentada pela *International Association for the Study of Pain* (IASP) aponta para tal possibilidade: “dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a, ou semelhante àquela associada a, dano real ou potencial ao tecido”². A mudança de “associada a” (definição anterior da IASP) para “semelhante àquela associada a” contempla a integralidade da experiência psíquica do sujeito que experimenta a dor, pois é este sujeito que escolhe o que se assemelharia a uma vivência associada a danos reais ou potenciais a seus tecidos. Tal escolha não pode ser feita de outra forma, a não ser baseando-se nas experiências anteriores do próprio sujeito, em suas expectativas, memórias, afetos e aprendizados ao longo da vida^{3,4}.

A recente conceituação de mecanismo nociplástico da dor, feita pela IASP em 2017, também

aponta para a necessidade de reconhecer e manejar os pacientes com vivências dolorosas ainda que na ausência de doença ou lesão do sistema somatossensorial que possa justificar materialmente a experiência de dor. Diz o conceito que dor nociplástica é a “dor que surge de nocicepção alterada apesar de não existir evidência clara de lesão tecidual real ou potencial causando ativação de nociceptores, nem evidência de doença ou lesão do sistema somatossensorial causando a dor”⁵. O conceito parece trazer novidade, mas há décadas a medicina tem chamado a atenção à existência de tais pacientes (usando outras designações, porém, como dor funcional, dor modulada por mecanismos de sensibilização central, dor psicogênica) – sempre tentando descrever quadros cujos mecanismos explicativos para a dor são muito menos corporais e físicos (como ocorre na dor nociceptiva e neuropática) e muito mais relacionados a prováveis fatores menos tangíveis, como os psíquicos, sociais e existenciais.

O paciente com dor refratária ao tratamento farmacológico convencional frequentemente é encaminhado para um tratamento intervencionista para o manejo do quadro. Infelizmente, a taxa de êxito das medidas intervencionistas é bem variável⁶ – e, muitas vezes, somente diante do insucesso das mesmas, é que se aventa que fatores psicológicos ou psiquiátricos possam estar tão imbricados ao caso que possam tê-lo fadado à inefetividade terapêutica.

No presente artigo, são apresentadas sugestões relacionadas a aspectos de saúde mental e da relação médico-paciente, que merecem ser consideradas no manejo de pacientes com DCNO, especialmente nos casos refratários (em que o tratamento farmacológico convencional está sendo inefetivo), e de preferência *antes* da indicação de um procedimento intervencionista. Após busca sistemática e revisão de literatura, apresentamos tais sugestões sob a forma de uma revisão que inclui a experiência de uma equipe multidisciplinar na condução clínica de pacientes com dor crônica refratária.

METODOLOGIA

Para incluir diversos desenhos de estudo, optou-se pelo método de busca sistemática na literatura seguido de revisão, conforme descrito por Grant e Booth⁷. A busca, triagem, seleção e inclusão de artigos seguiu o protocolo *Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA)⁸.

Fontes de dados e estratégia de busca

Procedeu-se à busca eletrônica na literatura, utilizando-se as seguintes bases de dados: *The Cochrane Central Register of Controlled Trials* (CENTRAL, 2024), *PubMed* (Ovid SP, 1966-2024), e Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS,

1982-2024). Um dos autores (JP) empreendeu as buscas sistemáticas na data de 22/8/2024. Foram utilizadas múltiplas combinações dos seguintes descritores: “pain”, “pain management”, “medical history”, “medication review”, “physician-patient relationship” and “mental health evaluation”. Nenhuma restrição foi aplicada quanto a desenho do estudo, idioma ou data de publicação.

Critérios de inclusão

Foram elegíveis para inclusão, após leitura de títulos e resumos, artigos que tratassem do manejo clínico não-farmacológico de pacientes adultos (maiores de 18 anos) com DCNO e reportassem sobre aspectos da saúde mental (incluindo tratamentos com psiquiatras ou psicólogos) ou da relação médico-paciente (incluindo o procedimento anamnético).

Critérios de exclusão

Durante a leitura de títulos e resumos, foram excluídos artigos que reportassem sobre dor oncológica, dor aguda (por exemplo, pós-operatória), intervenções fisioterapêuticas ou fisiátricas, procedimentos invasivos, desenvolvimento ou validação de escalas, ou que tivessem foco na investigação sobre fármacos ou nos

resultados do uso de fármacos.

Seleção de artigos

Dois outros autores (JS e RB) independentemente triaram as referências identificadas pela leitura de seus títulos e resumos, obtiveram textos integrais de estudos potencialmente elegíveis e os analisaram quanto à possível elegibilidade para inclusão. Diferenças entre as duas listas destes autores foram dirimidas por consenso sempre que possível. Um outro autor (HA) atuou como juiz para dirimir as diferenças entre as duas listas quando o consenso não foi obtido, propondo a lista final de referências. Alguns dos artigos tiveram listas de referências checadas para verificar a elegibilidade de alguma delas para possível inclusão.

Extração e síntese dos dados

Estudos que reportaram alguma intervenção tiveram as seguintes informações extraídas e sumarizadas em um quadro: 1º. autor, ano de publicação; desenho do estudo; objetivos; diagnóstico clínico de amostras/populações; intervenções; achados; limitações reportadas. Estudos que não reportaram intervenções são apresentados apenas ao longo do texto.

RESULTADOS

A Tabela 1 exhibe o método de busca sistemática utilizado nas bases eletrônicas. A busca sistemática na literatura retornou 926 referências. A Figura 1 traz o diagrama de fluxo dos artigos, da identificação à inclusão, baseando-se no protocolo PRISMA⁸. A Tabela 2 traz os 14 artigos que foram incluídos. Destes, quatro eram

estudos de intervenção (dois do tipo análise “antes-depois”, um ensaio controlado randomizado e um ensaio não-controlado), três eram relatos de casos ou séries de casos, três revisões narrativas, um estudo transversal, um artigo de debate, um estudo qualitativo e uma carta ao editor (com dados de uma revisão).

Tabela 1 - Estratégia de busca na base *PubMed*. São Paulo, 2024.

Intractable pain and history taking

((Pain, Intractable OR Intractable Pain OR Intractable Pains OR Pains, Intractable OR Refractory Pain OR Pain, Refractory OR Pains, Refractory OR Refractory Pains) AND (medical history taking OR History Taking, Medical OR Family Medical History OR Family Medical Histories OR Medical History, Family OR Past Medical History, Family OR Family History, Medical OR Medical Family Histories OR Medical Family History OR Family History, Health OR Health Family Histories OR Health Family History OR Family Health History OR Family Health Histories OR Health History, Family OR Previous Medical History OR Medical History, Previous OR History, Previous Medical OR Medical Histories, Previous OR Previous Medical Histories)) NOT (neoplasms OR Tumors OR Neoplasia OR Neoplasias OR Neoplasm OR Tumor OR Cancer OR Cancers OR Malignant Neoplasm OR Malignancy OR Malignancies OR Malignant Neoplasms OR Neoplasm, Malignant OR Neoplasms, Malignant OR Benign Neoplasms OR Neoplasms, Benign)

Intractable pain and management

((Pain, Intractable OR Intractable Pain OR Intractable Pains OR Pains, Intractable OR Refractory Pain OR Pain, Refractory OR Pains, Refractory OR Refractory Pains) AND (Pain management OR Management, Pain OR Managements, Pain OR Pain Managements)) NOT (neoplasms OR Tumors OR Neoplasia OR Neoplasias OR Neoplasm OR Tumor OR Cancer OR Cancers OR Malignant Neoplasm OR Malignancy OR Malignancies OR Malignant Neoplasms OR Neoplasm, Malignant OR Neoplasms, Malignant OR Benign Neoplasms OR Neoplasms, Benign)

Intractable pain and medication review

((Pain, Intractable OR Intractable Pain OR Intractable Pains OR Pains, Intractable OR Refractory Pain OR Pain, Refractory OR Pains, Refractory OR Refractory Pains) AND (Medication Reviews OR Review, Medication OR Reviews, Medication)) NOT (neoplasms OR Tumors OR Neoplasia OR Neoplasias OR Neoplasm OR Tumor OR Cancer OR Cancers OR Malignant Neoplasm OR Malignancy OR Malignancies OR Malignant Neoplasms OR Neoplasm, Malignant OR Neoplasms, Malignant OR Benign Neoplasms OR Neoplasms, Benign)

continua...

Intractable pain and mental health evaluation

((Pain, Intractable OR Intractable Pain OR Intractable Pains OR Pains, Intractable OR Refractory Pain OR Pain, Refractory OR Pains, Refractory OR Refractory Pains) AND (Mental health evaluation)) NOT (neoplasms OR Tumors OR Neoplasia OR Neoplasias OR Neoplasm OR Tumor OR Cancer OR Cancers OR Malignant Neoplasm OR Malignancy OR Malignancies OR Malignant Neoplasms OR Neoplasm, Malignant OR Neoplasms, Malignant OR Benign Neoplasms OR Neoplasms, Benig

Intractable pain and physician-patient relationship

((Pain, Intractable OR Intractable Pain OR Intractable Pains OR Pains, Intractable OR Refractory Pain OR Pain, Refractory OR Pains, Refractory OR Refractory Pains) AND (Physician-Patient Relations OR Physician-Patient Relation OR Relation, Physician-Patient OR Relations, Physician-Patient OR Doctor Patient Relations OR Doctor Patient Relation OR Relation, Doctor Patient OR Relations, Doctor Patient OR Doctor-Patient Relations OR Doctor-Patient Relation OR Relation, Doctor-Patient OR Relations, Doctor-Patient OR Physician Patient Relations OR Physician Patient Relation OR Relation, Physician Patient OR Relations, Physician Patient OR Physician Patient Relationship OR Physician Patient Relationships OR Relationship, Physician Patient OR Relationships, Physician Patient)) NOT (neoplasms OR Tumors OR Neoplasia OR Neoplasias OR Neoplasm OR Tumor OR Cancer OR Cancers OR Malignant Neoplasm OR Malignancy OR Malignancies OR Malignant Neoplasms OR Neoplasm, Malignant OR Neoplasms, Malignant OR Benign Neoplasms OR Neoplasms, Benign)

Nota: Estratégia equivalente foi utilizada nas bases *Cochrane* e *LILACS*.

Figura 1 - Diagrama de fluxo do processo de busca sistemática e inclusão. São Paulo, 2024.

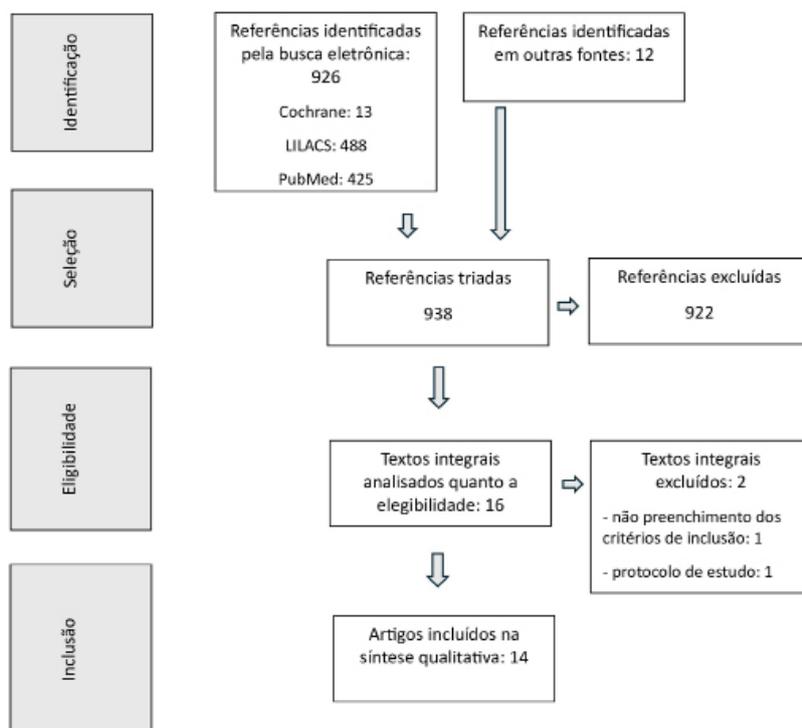


Tabela 2 - Estudos incluídos na revisão. São Paulo, 2024.

1º autor, ano	Desenho	Características das amostras (N)
Jacob, 2013 ⁹	Artigo de debate	NA
Goldman, 2004 ¹⁰	Revisão narrativa	NA
Karłowicz-Bodalska, 2023 ¹¹	Estudo transversal	Usuários de analgésicos não-opioides (142)
Pedreira, 2023 ¹²	Carta ao Editor / Revisão	NA
Ferreira, 2023 ¹³	Estudo qualitativo	Entrevistas com 10 profissionais de saúde

continua...

...continuação - Tabela 2.

1º autor, ano	Desenho	Características das amostras (N)
Siqueira, 2014 ¹⁴	Revisão de literatura	NA
Pomares-Avalos, 2021 ¹⁵	Série de casos	Lombalgia crônica (70)
McKittrick, 2020 ¹⁶	Relato de caso	Neuropatia diabética (1)
Cornejo, 2015 ¹⁷	Relato de caso	Neuralgia de trigêmeo e fibromialgia (1)
Cornejo, 2015 ¹⁸	Revisão narrativa	NA
Ali, 2022 ¹⁹	Estudo tipo “antes-depois”	Dor crônica não-oncológica (15)
Salvetti, 2012 ²⁰	Estudo tipo “antes-depois”	Dor crônica não-oncológica (79)
Shaygan, 2022 ²¹	ECR	Lombalgia crônica e depressão (30 cada braço)
Taguchi, 2021 ²²	Ensaio não-controlado	Dor crônica e sintomas somáticos (16)

Notas:

ECR, ensaio clínico controlado e randomizado;
NA, não aplicável.

Alguns artigos analisados salientam a importância de uma boa relação médico-paciente no manejo da DCNO. Jacob⁹ enfatiza o papel estratégico que uma boa relação médico-paciente desempenha para o êxito do tratamento. Goldman¹⁰ propõe que as entrevistas anamnéticas e consultas sejam mais longas, buscando-se aprofundar questões do universo emocional do paciente, em vez de entrevistas centradas no sintoma algico. Karłowicz-Bodalska *et al.*¹¹ reportam que, surpreendentemente, mais de um terço dos pacientes referiram que seus médicos não colheram uma história médica durante a consulta, numa amostra de 142 usuários crônicos de analgésicos.

Pedreira *et al.*¹² lembram que a baixa adesão a tratamentos farmacológicos pode chegar a 53% em pacientes com DCNO, o que sugere que diante de um tratamento aparentemente inefetivo, é importante levantar a hipótese de falha na adesão à proposta terapêutica. Ferreira *et al.*¹³ indicam que a baixa adesão ao tratamento é capaz de disparar um ciclo vicioso de frustrações na relação médico-paciente, o que complica ainda mais o quadro.

Em revisão de literatura, o trabalho de Siqueira *et al.*¹⁴ cita as recomendações de Turk *et al.*²³ sobre quando indicar avaliação psicológica ao paciente com dor crônica: (a) se a incapacidade do paciente exceder em demasia o que se esperaria a partir dos achados clínicos; (b) quando o paciente demanda exageradamente dos serviços de saúde; (c) quando o paciente insiste em procurar tratamentos e exames que não são indicados; (d) quando há angústia significativa; (e) quando há comportamento de dependência de fármacos ou não adesão ao

tratamento; (f) previamente a procedimentos intervencionistas.

Pomares-Avalos *et al.*¹⁵, em uma série de 70 casos de lombalgia, identificam sintomas de ansiedade de média/alta intensidade em mais de 40% da amostra, e sintomas de depressão de média/alta intensidade em 34% da amostra.

McKittrick *et al.*¹⁶ apontam que a hipnose, enquanto técnica psicoterapêutica, foi capaz de reduzir a dor e melhorar a qualidade de vida de um paciente idoso que já tinha sido submetido a três linhas de farmacoterapia para neuropatia diabética.

Para Cornejo *et al.*^{17,18}, a abordagem psicoterapêutica de pacientes com DCNO não deve contemplar apenas uma técnica, mas ser multidimensional e individualizada a cada paciente.

A Tabela 3 traz os resultados dos quatro estudos de intervenção psicológica no manejo de pacientes com DCNO, identificados pela presente revisão^{19,20,21,22}. Os quatro estudos não apresentaram resultados conflitantes no tocante ao achado principal, isto é, de que a intervenção psicoterapêutica foi benéfica para os desfechos pesquisados (melhora da dor, do grau de incapacidade e de sintomas como fadiga, ansiedade e depressão). No entanto, apenas um dos estudos incluiu um grupo-controle como comparador²¹; e, mesmo assim, neste estudo todas as medidas foram autorreferidas, o que aumenta o risco de um tipo de viés de informação (viés recordatório). Os outros três estudos apresentaram limitações metodológicas também graves, como o pequeno tamanho amostral, a ausência de cegamento dos avaliadores e a perda de seguimento de um número significativo de casos.

Tabela 3 - Estudos incluídos na revisão. São Paulo, 2024.

1º autor, ano de publicação	Características clínicas da amostra (N)	Intervenção	Comparador	Principais achados	Limitações reportadas
Ali, 2022 ¹⁹	DCNO (15)	6 sessões grupais de psicoeducação (2h cada) por 6 semanas	-	Melhora da autoeficácia, intensidade da dor, grau de incapacidade, fadiga e sintomas depressivos	Tamanho amostral pequeno; ausência de grupo-controle; intervenção e coleta de dados aplicados pelos mesmos pesquisadores
Salveti, 2012 ²⁰	DCNO (79)	16 sessões grupais de psicoeducação (2h cada) por 8 semanas	-	Melhora da intensidade da dor, grau de incapacidade e sintomas depressivos	Amostra de conveniência; ausência de grupo-controle; ausência de avaliação de seguimento em 50 casos
Shaygan, 2022 ²¹	Lombalgia crônica e depressão (30 em cada braço)	7 sessões educativas com veículos multimídia (CD-rom, panfleto, grupo de WhatsApp)	Tratamento usual (consulta médica e farmacoterapia)	Melhora da dor e da depressão	Todas as medidas foram autorreferidas
Taguchi, 2021 ²²	DCNO e sintomas somáticos (16)	16 sessões semanais (50 minutos) de terapia cognitivo-comportamental	-	Melhora de cognições catastrofistas, grau de incapacidade, sintomas de ansiedade e depressão	Tamanho amostral pequeno; ausência de grupo-controle; ausência de entrevista de seguimento

DISCUSSÃO

A presente revisão identificou artigos apontando a relevância de alguns (poucos) aspectos da saúde mental e da relação médico-paciente no manejo clínico de pacientes com DCNO. Surpreende a escassez de publicações sobre assuntos tão universais, como a boa comunicação médico-paciente-família e outras variáveis psicossociais num terreno da prática médica em que ainda se observam tantos desfechos insatisfatórios, a despeito dos avanços da psicofarmacologia e das tecnologias intervencionistas. Além dos poucos textos enfatizando o valor da boa relação médico-paciente e das intervenções em saúde mental, percebe-se que a literatura médica deixa de cobrir vários outros aspectos. Tais aspectos serão doravante agregados a esta revisão e serão discutidos sob a forma de dez sugestões complementares baseadas na experiência dos autores e em literatura adicionalmente pesquisada. Entendemos que tal exposição narrativa aqui se tenha tornado cabível e necessária para tentar suprir, ainda que de forma incipiente, alguns aspectos que parecem vir sendo relegados e podem estar complicando a condução de casos e favorecendo a cronificação da dor.

1. A importância da história completa do paciente

Com relação à anamnese subjetiva, concordamos com o que foi pontuado pelos artigos encontrados^{9,10,11}, mas propomos uma medida adicional: quando o paciente já está há anos em acompanha-

mento numa equipe de dor e o tratamento parece estar sendo inefetivo, o ideal é que um segundo examinador faça outra anamnese com o paciente. A equipe poderá, com isto, checar se o relato do paciente goza de estabilidade temporal, ao remontar o histórico de seus padecimentos, desde o início do quadro. Quando há contradições nos relatos do paciente, pode-se supor que haja contaminação por fatores psicológicos; isto é, poderá ser inútil prosseguir exclusivamente com uma isolada busca de substratos orgânicos para responsabilizá-los pela dor.

Numa outra situação, se o paciente está vindo pela primeira vez a um médico, é importante lembrar que o simples ato de colher uma nova anamnese (ao invés de apoiar-se apenas nos registros de prontuário) já serve para pavimentar uma boa relação terapêutica ulterior entre os dois. Em suma, diante de um paciente com dor crônica refratária ao tratamento farmacológico, é fundamental que se revise a anamnese do paciente. Nenhuma decisão deveria ser tomada – especialmente indicações de medidas intervencionistas – antes que se reveja se há uma boa história colhida, e se a mesma está atualizada.

2. A checagem da história frente à anamnese objetiva

Anamnese objetiva é aquela que se colhe com outras pessoas que conhecem bem o paciente, seja um familiar ou amigo íntimo. Dá-se preferência a

alguém que tenha presenciado o crescimento do paciente desde a infância, e/ou alguém que more com o paciente. Num cenário como o da dor crônica, em que a não-adesão ao tratamento pode chegar a 53%¹², a anamnese objetiva precisa sempre ser colhida, antes de se decretar a inefetividade de um determinado tratamento. Ela é um procedimento indispensável quando se trata de pacientes graves ou com diagnósticos nebulosos. Mesmo em casos em que houve boa concordância entre entrevistadores na anamnese subjetiva (sugestão 1), a anamnese objetiva é fundamental, pois servirá para refinar os dados fornecidos pelo paciente e abrirá importantes possibilidades adicionais: (a) investigar como o paciente age em suas relações interpessoais, tanto na família como no trabalho; (b) estender a aliança terapêutica a outros familiares e cuidadores; (c) elucidar pontos nebulosos da história de vida do paciente, como o contexto de eventuais tentativas de suicídio, uso de psicotrópicos não prescritos, litígios pregressos com o sistema laboral-previdenciário e a capacidade de adesão que o paciente demonstrou (ou não) em tratamentos pregressos.

3. A revisão das medicações utilizadas pelo paciente

Esta sugestão não trata somente de fazer perguntas ao paciente e ao familiar acompanhante. O prontuário também deve ser cuidadosamente verificado, incluindo-se as evoluções de colegas que anteriormente cuidaram do paciente. Mediante a leitura dessas evoluções, será possível: (a) identificar quando um colega possa ter interrogado se o paciente aderiu ao uso das medicações ou não, e a resposta obtida; (b) saber quais medicações fizeram o paciente se sentir melhor, e quais ele repugnavam; (c) construir um “mapa” do uso das medicações, detectando se doses máximas recomendadas para o caso foram alcançadas e/ou se houve estratégias de otimização antes que o tratamento fosse dado como inefetivo. É recomendável revisar não só as medicações recentemente usadas, mas todas desde que o quadro de DCNO começou a ser tratado.

Esta medida permite também identificar as drogas com as quais o paciente teve mais efeitos colaterais e identificar se, em alguma época, o paciente foi sujeito a sobreposições desnecessárias de medicações (fármacos com mesmos mecanismos de ação); permite também que os profissionais que ora cuidam do doente não reprimem polifarmácia duvidosa ou deletéria. Este passo seria desnecessário se o paciente pudesse dispor de apenas um médico prescritor ao longo de seu tratamento. Mas torna-se crucial uma vez que, na prática, não se

consegue evitar múltiplos prescritores ao longo dos anos de um tratamento para DCNO.

4. Necessidade de fixar limites com clareza desde o início do tratamento

Todo tratamento de longa duração representa um desafio tanto à equipe técnica, quanto ao paciente: manter a motivação e a disciplina. Quando as regras que propiciam a execução do tratamento são repetidamente transgredidas, em geral, é porque a motivação para o tratamento já se esvaiu. Pacientes com DCNO apresentam frequentemente alguns traços de personalidade que os fazem ter dificuldades em aderir às regras do tratamento²⁴. É necessário, portanto, que se revisem as regras, de preferência antes de reputar um tratamento como inefetivo. Estas regras se resumem a: (a) número máximo de faltas que será tolerado; (b) reposição de horário ao final da consulta se o paciente se atrasar; (c) duração da consulta; (d) factibilidade de atendimentos em horários não agendados (“encaixes”); (e) número de receitas ou comprimidos que serão fornecidos por unidade de tempo ou por consulta.

De preferência, tais regras devem ser colocadas pela equipe de dor logo no início do acompanhamento ao paciente. E, periodicamente, o paciente deve ser lembrado das mesmas (assim como seus familiares). Caso um tratamento já esteja em andamento sem que tais compromissos iniciais tenham sido claramente verbalizados, cumpre ao médico consultor fazê-lo o quanto antes – sob pena de se tornar corresponsável face ao insucesso terapêutico quando este for, afinal, declarado. A equipe deve periodicamente revisar se as regras previamente acordadas estão sendo cumpridas por ambas as partes, principalmente antes de optar por guinadas terapêuticas (por exemplo, antes de abandonar um tratamento conservador e optar por um intervencionista).

5. Identificar e limitar os ganhos secundários

Ganho ou benefício secundário da doença é definido como uma vantagem que um determinado paciente possa estar tirando da condição de doente, para obter atenção, exceções ou cuidados que, de outra forma, não estaria recebendo²⁵. A “fonte” de atenções, exceções ou cuidados pode ser intercambiável (e geralmente o é): familiares/cuidadores, equipes de saúde, o empregador, o sistema previdenciário ou a sociedade. Graças ao ganho secundário não detectado pela “fonte”, pessoas podem eximir-se de responsabilidade ao faltarem à escola ou ao trabalho, esquivar-se de uma sentença judicial, escapar do alistamento militar, obter compensações trabalhistas ou previdenciárias,

ou ainda obter fármacos com potencial de causar dependências químicas. Este último exemplo é crítico entre equipes de dor crônica, uma vez que muitos casos de DCNO passaram a ser tratados com opioides e outros psicotrópicos de controle rigoroso. No tocante ao ganho secundário, pouco importa se o paciente está consciente ou não de que age assim²⁶. O que importa é que o motivador para o ganho secundário seja oriundo do exterior (isto é, que a “fonte” seja externa)²⁵.

O mais importante é que, após serem identificados, os ganhos secundários sejam esclarecidos verbalmente e limitados, pois têm o poder de dar reforços positivos à condição de doente, perpetuando assim os sintomas algícos e suas consequências incapacitantes. Para Tyrer²⁷, uma vez identificados os ganhos secundários, a equipe de dor deve chamar o paciente e seus familiares e lhes dar uma explicação clara sobre quais as causas físicas (caso haja alguma) que podem estar contribuindo para a dor. Para o autor, convocar os parentes mais próximos para a conversa é importante porque o comportamento doloroso aprendido geralmente começa na infância, época em que as expressões de dor por parte da vítima foram reforçadas pela atenção compadecida de familiares próximos ou cuidadores solícitos.

Médicos que trabalham em grandes hospitais públicos devem estar atentos quando têm pacientes aos quais não podem sequer pensar em dar alta, tão cronificados que estão em sua frequência aos diversos ambulatórios. Alguns destes pacientes simplesmente não podem melhorar porque deixariam de ter acesso – para si ou para seus familiares e amigos – às diversas clínicas onde já obtêm consultas e exames.

Algo surpreendente é que muitos estudantes de medicina e residentes não sejam treinados na identificação dos ganhos secundários – ou jamais tenham ouvido falar do assunto, como se o mesmo fosse atinente apenas à formação de psicólogos.

6. Identificar e combater o ganho terciário

Ganho terciário se refere à situação em que uma terceira parte auferir algum benefício pela manutenção dos sintomas ou da doença de um enfermo de quem cuida²⁸. Esta terceira parte geralmente está consciente de sua má-fé quando impede a recuperação de um familiar, por exemplo, para manter a compensação financeira deferida pelo governo à família.

No entanto, quando se fala em benefícios auferidos por uma terceira parte, é necessário e ético que nos incluamos enquanto agentes e instituições de saúde. Equipes de dor abrigadas em grandes centros, antes de dar como inefetivo o tratamento para um caso de DCNO, precisam também verifi-

car se elas próprias não estão contribuindo para a cronificação do quadro. Podem-se discriminar três subtipos de ganho terciário ocorrendo em clínicas ou hospitais. Pawl²⁹ aponta o ganho terciário por contrapartida financeira: médicos podem expor pacientes a tratamentos que já se provaram inefetivos, apenas pelo fato de que receberão compensações financeiras pelos procedimentos. Ou, num outro exemplo, se um determinado paciente demorar para melhorar com tratamentos conservadores (mal-conduzidos), haverá mais justificativa para a indicação de um procedimento mais moderno, mais invasivo e mais dispendioso. Em hospitais de ensino, temos também visto um segundo subtipo de ganho terciário. No ganho terciário por questões de contrapartida acadêmica, caso um paciente melhore rapidamente de sua condição, menos estudantes serão expostos ao desafio de cuidar de um caso raro ou difícil; ou ainda, quando se antecipa a indicação de um tratamento intervencionista, a equipe ganha experiência com procedimentos invasivos, o que é bem-vindo por parte de médicos jovens em busca de treinamento de habilidades. Por fim, também visto em centros de pesquisa e hospitais de ensino, existe o ganho terciário por questões de contrapartida “científica”: se muitos pacientes melhoram rapidamente, deixam de se encaixar nos critérios de inclusão para compor uma amostra de que um determinado pesquisador está precisando para dar consecução ao seu projeto de pesquisa.

As condutas invasivas associadas à obtenção de ganhos terciários, infelizmente, além de serem eticamente deploráveis, têm o poder de comunicar ao paciente que uma causa física de seus males continuará a ser investigada pela medicina. Isto reforça comportamentos de vitimização, estando o doente agora ancorado em substratos materiais, como feridas, cicatrizes ou sequelas neurológicas.

Diferentemente do ganho secundário, que é da alçada do doente, aqui estamos diante de um fenômeno que é da alçada de terceiros, inclusive dos profissionais da equipe e instituições de saúde. E não importa se a equipe está consciente ou não de que pode estar incorrendo no ganho terciário (em geral, apenas alguns membros da equipe estão subconscientemente percebendo que alguma motivação obtusa está influenciando nas decisões terapêuticas). O que importa é que, caso identificado, o ganho terciário seja incisivamente coibido, inclusive por remeter a questões legais que podem abalar as reputações de médico, equipe e toda a instituição.

7. Otimizar a comunicação na equipe

Às vezes, quando parece não haver mais nada a se fazer pelo paciente com DCNO, é interessante

checar se a equipe está tendo capacidade e disposição para se comunicar adequadamente. Reuniões regulares e multiprofissionais deveriam ser a regra (e não a exceção), para se tomar decisões sobre a condução dos casos difíceis. Nestas reuniões, o prontuário do paciente deve ser lido por todos, e uma linguagem para entendimento do caso deve ser uniformizada. Da mesma forma, havendo boa comunicação na equipe, um médico pode ser designado como o principal prescritor de um determinado paciente (ao invés de o doente receber receitas de opiáceos e outros psicotrópicos por uma miríade de profissionais que pouco se encontram e pouco se falam).

8. Monitorar os sentimentos deflagrados pela relação com o paciente

Se a recomendação anterior estiver sendo adotada, é esperado que reuniões periódicas entre os membros da equipe naturalmente passem a versar sobre os sentimentos que alguns pacientes crônicos estão eliciando nos profissionais. Ferreira et al.¹³ lembram que pacientes com baixa adesão ao tratamento frequentemente geram em seus médicos sentimentos de impotência, raiva e frustração; e a frustração do médico geralmente acirra a desmotivação do paciente. A prática tem mostrado que outros exemplos podem ser elencados, quanto às temáticas que podem surgir quando a equipe de dor se reunir para debater não só a expertise de cada um, mas também os sentimentos deflagrados nas relações com os pacientes³⁰: (a) em alguns casos não se obtêm êxito, a despeito das corretas decisões terapêuticas, porque o interesse pela cura foi depositado há muito tempo apenas no médico; o interesse e a motivação pela cura precisam estar sempre com o paciente; (b) os membros da equipe não deveriam assumir culpas demasiadas por conta de medicações ou procedimentos que resultaram inefetivos; (c) os membros da equipe não deveriam reagir com hostilidade à hostilidade dos pacientes; (d) quando uma determinada relação médico-paciente se tornou tóxica, há a possibilidade de “trocar de paciente” com outro membro da equipe (temporária ou definitivamente); (e) sentimentos de medo do paciente, ou de obrigação de resolver seus problemas, em geral decorrem de facetas doentias da personalidade do paciente, e precisam ser identificados, compartilhados e manejados nas reuniões da equipe.

Quando a equipe periodicamente investe um tempo para ventilar estes sentimentos entre seus membros, corre-se um menor risco de o médico se sentir paralisado numa relação com um paciente pelo qual não sabe mais o que se pode fazer. Estas reuniões podem ser catalisadas pela presença de profissionais de saúde mental nas equipes de dor,

ou profissionais que sejam periodicamente convidados como “consultores” para tais encontros.

9. Indicar avaliação psiquiátrica e monitorar a adesão do paciente

Há várias décadas a literatura tem indicado que alguns quadros psiquiátricos são encontrados entre pacientes com DCNO em prevalências superiores às da população geral. Em nosso meio, um inquérito populacional³¹ identificou que a chance de transtornos mentais nos 12 meses precedentes é 2,7 vezes maior entre indivíduos com dor crônica quando comparados à população geral do estudo, sendo 3,3 a razão de chances para transtornos de humor e 2,1 para transtornos de ansiedade.

Quando a equipe de DCNO não dispõe de um psiquiatra, a opção de encaminhar o paciente para uma avaliação em outro departamento ou instituição deve ser considerada. Nos casos em que a DCNO parece não corresponder à extensão dos substratos orgânicos que a possam justificar, este passo deve anteceder a opção por qualquer tratamento potencialmente mutilante ou qualquer medida intervencionista.

Infelizmente, amiúde se vê o equívoco de achar que escalas diagnósticas em psiquiatria substituem a avaliação do psiquiatra. Pacientes com DCNO usualmente respondem afirmativamente a quase todos os itens dos *check-lists* de sintomas das escalas. Fatores de personalidade, como catastrofismo, puerilidade, histrionismo, autovitimização e adesão vitalícia ao papel de doente associam-se a síndromes polissintomáticas^{27,32,33,34}. Desta forma, o paciente dificilmente deixará de atribuir-se os sintomas listados nas escalas – principalmente se entender que sua permanência no serviço está em risco caso sua pontuação seja baixa. Deixar o paciente descrever seu sofrimento com suas palavras é o procedimento mais fidedigno. Outro problema é que as escalas ensinam aos pacientes novos repertórios de sinais e sintomas que talvez antes não tivessem. A melhor forma de avaliar o estado de higidez psíquica é a combinação de anamnese subjetiva, anamnese objetiva e exame psíquico – três ferramentas com que o psiquiatra lida diariamente. As escalas diagnósticas deveriam ser reservadas para fins de pesquisa, em vez de serem uma variável adicional na constituição de relações médico-paciente nos contextos assistenciais.

Uma vez que uma equipe de dor tenha solicitado a avaliação de um psiquiatra, é indispensável que algum membro da equipe se responsabilize por entrar em contato com tal profissional e periodicamente monitorar a adesão do paciente ao tratamento psiquiátrico. Para Wasan et al.³⁵, havendo alinhamento entre as propostas terapêuticas da equipe de dor e do psiquiatra, ambos devem

pactuar com o paciente que a injustificada falta de adesão ao tratamento psiquiátrico ensejará a ruptura de todo o tratamento, por transgressão ao contrato previamente acordado na equipe de dor.

10. Indicar avaliação psicológica e monitorar a adesão do paciente

Os estudos identificados pela presente revisão indicam várias possibilidades de abordagem psicológica que podem ser utilizadas no manejo da DCNO. Estamos de acordo com Turk *et al.*²³, para quem as estratégias de tratamento psicológico não deveriam ser vistas como alternativas, mas como parte necessária de um tratamento integral aos pacientes com dor crônica.

Tendo sido o paciente referenciado a um psicólogo, é indispensável que algum membro da equipe se responsabilize por entrar em contato com tal profissional e periodicamente monitorar a adesão do paciente. Para Wasan *et al.*³⁵, havendo alinhamento entre as propostas terapêuticas da equipe de dor e do psicólogo, ambos devem pactuar com o paciente que a injustificada falta de adesão à psicoterapia ensejará a ruptura de todo o tratamento, por transgressão ao contrato previamente acordado na equipe.

A Tabela 4 complementa as sugestões 9 e 10, exemplificando quando seriam necessárias ou recomendáveis as consultas com profissionais de saúde mental para pacientes com DCNO refratária.

Tabela 4 - Exemplos de indicações para referenciar o paciente com dor crônica não-oncológica para avaliação em saúde mental. São Paulo, 2024.

Indicação	Referenciar ao psiquiatra	Referenciar ao psicólogo
Suspeita de quadro atual ou progresso de depressão	++	-
Suspeita de quadro atual ou progresso de ansiedade	++	+
Suspeita de transtorno de personalidade	++	+
Risco atual de suicídio ou tentativas anteriores	++	-
Suspeita de transtornos com sintomas somáticos	++	+
Suspeita de quadro atual ou progresso de dependência SPA	++	-
Suspeita de uso indevido de medicação analgésica	++	-
Suspeita de transtorno factício	++	+
Suspeita de simulação	++	+
Sintomas emocionais relacionados a adaptação familiar	-	++
Falta de adesão às prescrições	+	++
Traços histéricos (crises conversivas ou dissociativas)	+	++
Suspeita de catastrofismo	+	++
Suspeita de comportamento doloroso crônico	+	++
Suspeita de autovitimização crônica	+	++

Notas:

++ encaminhamento necessário

+ encaminhamento recomendável

- sem clara indicação de encaminhamento

SPA substâncias psicoativas

CONCLUSÃO

Em um dos artigos citados na introdução, Kosek *et al.*⁵ declaram: “Os médicos deveriam explicar o significado da dor nociplástica a seus pacientes, dando-lhes explicações simples que os ajudem a ter uma ideia da sua dor e entender o que pode ser feito...” (p. 2633). É curioso que o mesmo artigo sequer cite fatores psíquicos, sociais e existenciais potencialmente intervenientes no engendramento do fenômeno algico. Seria cabível perguntar: é possível dar explicações sobre o assunto a nossos pacientes sem conversar com os mesmos sobre tais fatores?

Numa tentativa de aplicar à prática clínica os conceitos recentemente emitidos pela IASP, a presente revisão traz sugestões que podem ajudar diante dos casos refratários de dor, especialmente quando o mecanismo nociplástico for preponderante. De forma geral, tais sugestões se referem a aspectos de saúde mental que podem estar trazendo maior complexidade ao quadro, assim como a estratégias que podem otimizar a relação médico-paciente. Entendemos que quando estes aspectos “não-materiais” da dor são relegados a um segundo plano, o risco

de cronificação do quadro torna-se maior.

As sugestões elencadas deveriam ser implementadas antes da indicação de procedimentos intervencionistas, mas podem ser adotadas em qualquer fase do tratamento. É altamente recomendável que haja multidisciplinaridade nas equipes e reuniões de debate sobre os casos mais complexos. Quando a equipe não dispõe de psiquiatras ou psicólogos, pode estar indicado o encaminhamento a profissionais de outros departamentos e instituições. As indicações para referenciar o paciente estão relacionadas à suspeita de que haja fatores psiquiátricos ou psicológicos implicados na causação ou perpetuação do quadro algico, ou interferindo na condução do tratamento.

Embora a atenção tenha sido chamada a alguns

aspectos no presente texto, certamente ainda há muito espaço a ser explorado por novos estudos que agreguem mais sugestões ao manejo do paciente com DCNO, assim como experimentos que divise outros indícios de que algumas dores estejam sendo causadas ou perpetuadas por fatores não-materiais. Por exemplo, há espaço para estudos e experimentos comparando o tratamento unidisciplinar da DCNO versus tratamento em equipes multidisciplinares; ou comparando a condução de casos por rotinas médicas convencionais versus rotinas que incorporem as dez recomendações acima elencadas (ou pelo menos algumas delas). Tais estudos poderão, quiçá, propor melhores opções terapêuticas aos pacientes e famílias que há anos padecem de dores nociplásticas e suas consequentes limitações.

Declaração do autor CRediT

Conceituação: Solano, JPC. Metodologia: Solano, JPC; Pereira, JEG; Barbosa, RSS; Ashamawi, HA. Validação: Ashamawi, HA. Análise estatística: não aplicável. Análise formal: Solano, JPC; Pereira, JEG; Barbosa, RSS; Ashamawi, HA. Investigação: Solano, JPC; JPC; Pereira, JEG; Barbosa, RSS; Ashamawi, HA. Recursos: não aplicável. Preparação do primeiro manuscrito: Solano, JPC; Pereira, JEG. Escrita e revisão do manuscrito final: Solano, JPC; Ashamawi, HA. Visualização: Solano, JPC; Ashamawi, HA. Supervisão: Ashamawi, HA. Administração do projeto: Solano, JPC.

Todos os autores leram e concordaram com a versão publicada do manuscrito.

Declaração de conflito de interesse

Os autores declaram que não têm interesses financeiros concorrentes ou relações pessoais conhecidas que possam ter influenciado o trabalho relatado neste artigo.

REFERÊNCIAS

1. Weisberg MB, Clavel AL Jr. Why is chronic pain so difficult to treat? Psychological considerations from simple to complex care. *Postgrad Med.* 1999;106(6):141-164.
2. International Association for the Study of Pain [página da internet]. International Association for the Study of Pain - Definition of Pain [acessado em 18 de novembro de 2024]. Disponível em: <https://www.iasp-pain.org/resources/terminology/>
3. Stamp GE, Wadley AL, Iacovides S. Could relationship-based learnt beliefs and expectations contribute to physiological vulnerability of chronic pain? Making a case to consider attachment in pain research. *The Journal of Pain [revista da Internet]* 2024 novembro. [acessado em 12 de junho de 2025];25(11):104619. Disponível em: [https://www.jpain.org/article/S1526-5900\(24\)00560-1/fulltext](https://www.jpain.org/article/S1526-5900(24)00560-1/fulltext)
4. Fields HL. How expectations influence pain. *Pain [revista da Internet]* 2018 setembro. [acessado em 12 de junho de 2025];159 Suppl 1:S3-S10. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30113941/>
5. Kosek E et al. Chronic nociplastic pain affecting the musculoskeletal system: clinical criteria and grading system. *Pain [revista da Internet]* 2021 novembro. [acessado em 12 de junho de 2025];162(11):2629-2634. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33974577/>
6. Jo D. A comprehensive overview and scope of interventional pain management. *Korean J Pain [revista da Internet]* 2024 janeiro. [acessado em 12 de junho de 2025];37(2):89-90. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10985485/>
7. Grant MJ, Booth A. A typology of reviews: an analysis of 14 review types and associated methodologies. *Health Info Libr J.* 2009;26(2):91-108.
8. Liberati A et al. The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: explanation and elaboration. *J Clin Epidemiol. [revista da Internet]* 2009. [acessado em 12 de junho de 2025];62(10):e1-34. Disponível em: [https://www.jclinepi.com/article/S0895-4356\(09\)00180-2/fulltext](https://www.jclinepi.com/article/S0895-4356(09)00180-2/fulltext)
9. Jacob G. Dolor: una aproximación a su comprensión y abordaje. *Vertex Rev. Argent. Psiquiatr. [revista da Internet]* 2013 setembro-outubro. [acessado em 12 de junho de 2025]; 24(111):368-372. Disponível em <https://revistavertex.com.ar/ojs/index.php/vertex/issue/view/91>
10. Goldman A. Trastornos funcionales digestivos y dolor abdominal: abordaje biopsicosocial. *Evidencia Actualizacion En La Práctica Ambulatoria [revista da Internet]* 2004. [acessado em 12 de junho de 2025]; 7(2). Disponível em: <https://doi.org/10.51987/evidencia.v7i2.5466>
11. Karłowicz-Bodalska K, Sauer N, Jonderko L, Wiela-Hojeńska A. Over the Counter Pain Medications Used by Adults: A Need for Pharmacist Intervention. *Int J Environ Res Public Health. [revista da Internet]* 2023 março. [acessado em 12 de junho de 2025]; 20(5):4505. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10001525/>
12. Pedreira EM, Mineiro VBP, Knop LMPB, Lins-Kusterer LEF, Kraychete DC. Medication adherence in treating non-oncologic chronic pain: a problem to solve? *Braz. J. Anesth. [revista da Internet]* 2023 novembro-dezembro. [acessado em 12 de junho de 2025];73(6): 827-828. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10625146/>
13. Ferreira APC, Campos EMP. A equipe de saúde diante do paciente não aderente ao tratamento. *Psicol. Ciênc. Prof. [revista da Internet]* 2023. [acessado em 12 de junho de 2025];43(e244855):1-15. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/TQtxVL3fdgXTYvhyRfXVjP/?format=pdf>
14. Siqueira JLD, Morete MC. Avaliação psicológica de pacientes com dor crônica: quando, como e por que encaminhar? *Rev. Dor [revista da internet]* 2014 janeiro. [acessado em 12 de junho de 2025];15(1): 51-54. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rdor/a/jj3dDK9yK7Jzhm4f6fCjMTF/>

15. Pomares Avalos A, Zaldívar Pérez D, López Fernández R, Naranjo Sabina Y. Estrategias de afrontamiento y alteraciones emocionales en pacientes con dolor crónico de la espalda. Cienfuegos 2020 (Cuba). Revista El Dolor [revista da Internet] 2021 setembro. [acessado em 12 de junho de 2025];31(74):18-24. Disponível em: <https://www.revistaeldolor.cl/storage/articulos/September2021/Xoqt1fkx7Bjd7JbJPJZL.pdf>
16. McKittrick ML, Walters JL, Finn MTM, McKernan LC. Hypnosis for refractory severe neuropathic pain: A case study. American J Clinical Hypnosis. [revista de Internet] 2020. [acessado em 12 de junho de 2025]; 63(1): 28-35. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/00029157.2020.1742087>
17. Cornejo DJP, Barros LPA. Enfoque integrativo multidimensional e intervenciones mente-cuerpo en el manejo del dolor crónico: el caso de una adulta mayor. Rev Hosp Clin Univ Chile. [revista da Internet] 2015. [acessado em 12 de junho de 2025]; 26(2): 125-131. Disponível em: https://www.redclinica.cl/Portals/0/Users/014/14/14/enfoque_integrativo_dolor_cronico.pdf
18. Cornejo JP, Barros P, Miranda JP. Enfoque psicoterapêutico integrativo multidimensional e intervenciones mente-cuerpo en el manejo del dolor crónico: un paso más allá de la terapia cognitivo-conductual. Revista El Dolor [revista da Internet] 2015 julho. [acessado em 12 de junho de 2025]; 25(63): 26-31. Disponível em: <https://www.revistaeldolor.cl/numero-63/enfoque-psicoterapeutico-integrativo-multidimensional-e-intervenciones-mente-cuerpo-en-el-manejo-del-dolor-cronico-un-paso-mas-alla-de-la-terapia-cognitivo-conductual>
19. Ali YCMM, Gouvêa AL, Oliveira MS, Martini S, Ashmawi HA, Salvetti MG. Brief interprofessional intervention for chronic pain management: a pilot study. Rev esc enferm USP. [revista da Internet] 2022. [acessado em 12 de junho de 2025]; 56(spe):e20210450. Disponível em: <https://www.scielo.br/rj/reeusp/a/RRHSvzfTJBCxVVqQFvLP7DR/?lang=en>
20. Salvetti MG, Cobelo A, Vernalha PM, Vianna CI, Canarezi LC, Calegare RG. Effects of a psychoeducational program for chronic pain management. Rev Lat Am Enfermagem. [revista da Internet] 2012 setembro-outubro. [acessado em 12 de junho de 2025]; 20(5):896-902. Disponível em: <https://www.scielo.br/rj/rlae/a/wgLKcfn8rmF88TYbvXhFkYn/?lang=en>
21. Shaygan M, Jaber A, Zarifansaei N, Yazdani Z, Firozian R. Effect of Pain Management Training on Pain Intensity and Depression in Patients with Non-Specific Chronic Back Pain. Invest Educ Enferm. [Revista da Internet] 2022 março [acessado em 12 de junho de 2025]; 40(1):e13. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9052722/>
22. Taguchi K et al. Integrated cognitive behavioral therapy for chronic pain: an open-labeled prospective single-arm trial. Medicine (Baltimore) [revista da Internet] 2021 fevereiro. [acessado em 12 de junho de 2025]; 100(6): e23859. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33578513/>
23. Turk DC, Audette J, Levy R, Mackey SC, Stanos S. Assessment and treatment of psychosocial comorbidities in patients with neuropathic pain. Mayo Clin Proc. [revista da Internet] 2010 março. [acessado em 12 de junho de 2025];85(3): S42-S50. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0025619611602899>
24. Solano JPC. Fracasso crônico no tratamento da dor crônica? A influência silenciosa da personalidade e seus transtornos. Acta Fisiátr. [revista da Internet] 2014 junho. [acessado em 12 de junho de 2025];21(2): 93-100. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/actafisiatrica/article/view/103839>
25. Fishbain DAM, Rosomoff HL, Cutler R, Rosomoff RS. Secondary gain concept: A review of the scientific evidence. Clin J Pain. 1995; 11(1):6-21.
26. Fishbain D. Malingering, primary and secondary gain. In: Schmidt R, Willis W, editors. Encyclopedia of Pain. Berlin: Springer; 2007. p.1095-1097.
27. Tyrer SP. Learned pain behavior. British Med Journal. 1986; 292(6512):1-2.
28. Kwan O, Ferrari R, Friel J. Tertiary gain and disability syndromes. Med Hypotheses. [revista da Internet] 2001. [acessado em 13 de junho de 2025]; 57(4):459-464. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11601869/>
29. Pawl R. "When the pain won't wane it's mainly in the brain". Surg Neurol Int. [revista da Internet] 2013 junho. [acessado em 13 de junho de 2025]; 4(5): S330-333. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3717530/>
30. Solano JPC. A clínica da dor crônica como ninho de pacientes difíceis: o papel da identificação projetiva. Acta Fisiátr. [revista da Internet] 2015 março. [acessado em 13 de junho de 2025];22(1):43-50. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/actafisiatrica/article/view/103901>
31. Pereira FG, França MH, Paiva MCA, Andrade LH, Viana MC. Prevalence and clinical profile of chronic pain and its association with mental disorders. Rev Saude Publica. [revista da Internet] 2017 novembro. [acessado em 13 de junho de 2025]; 51:96. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5676726/>
32. Engel GL. Psychogenic pain and pain-prone patient. Am J Med. 1959;26(6):899-918.
33. Oliveira JT. Behavioral aspects of chronic pain syndromes. Arq Neuro-Psiquiatr. [revista da Internet] 2000 junho. [acessado em 13 de junho de 2025];58(2A):360-365. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/anp/a/LyJbP4Zdbnq76SYZhhHY5N/?lang=pt>
34. Weisberg JN. Personality and personality disorders in chronic pain. Curr Rev Pain. 2000;4(1):60-70.
35. Wasan AD, Wootton J, Jamison RN. Dealing with difficult patients in your pain practice. Reg Anesth Pain Med. 2005;30(2):184-192.

Como citar este artigo: Solano, J.P.C., Pereira, J.E.G., Barbosa, R.S.S., Ashmawi, H.A. (2025). Aspectos de saúde mental e da relação médico-paciente importam no manejo da dor crônica refratária *O Mundo Da Saúde*, 49. <https://doi.org/10.15343/0104-7809.202549e16842024P>. Mundo Saúde. 2025,49:e16842024.