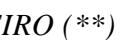


A intervenção psicológica na dor da criança (*)

EMÍLIO SALGUEIRO (**) 

I

«A dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a um dano tissular real ou virtual, ou descrita em termos da existência de um tal dano.»

Tal é a definição da dor avançada em 1979 pela Associação Internacional para o Estudo da Dor (Gauvain-Piquard, 1995). É sublinhado o carácter essencialmente subjectivo da experiência, distingue-se um componente sensorial de um outro emocional, e relaciona-se com um estímulo nociceptivo corporal.

Este estímulo nociceptivo segue por vias de condução próprias, diferentes das condutoras dos estímulos das outras modalidades sensoriais. Ao contrário destas, o estímulo nociceptivo percorre fibras sem mielina até à medula, e ascende, depois, ao tálamo, onde a informação é difundida para centros superiores, onde se destaca o sistema límbico. Não existe no córtex cerebral

uma zona especializada para a dor (Gauvain-Piquard, 1995).

Não há uma relação monótona, constante, entre o estímulo nociceptivo e a experiência da dor: entre o estímulo e a dor intercalam-se diversos moduladores, uns internos, outros externos.

Annie Gauvain-Piquard (1995) distingue três níveis de modulação interna: *ao nível dos cornos posteriores da medula, ao nível de sistemas inibidores difusos, e ao nível do sistema nervoso central*.

Nos *cornos posteriores da medula*, as fibras mielínicas, espessas, do tacto exercem um efeito inibitório sobre os estímulos nociceptivos trazidos pelas fibras amielínicas. Tal facto explica o efeito antiálgico que pode ter uma massagem cutânea.

Quando emerge uma dor, os *sistemas inibitórios difusos* actuam sobre todas as modalidades sensoriais, incluindo a dolorosa. Assim se poderia colocar o efeito suavizador que a distração pode ter na modulação da dor.

Por fim, e ao *nível do sistema nervoso central*, seriam as endorfinas a mediatizarem a sua capacidade anti-álgica. A presença, a proximidade de um familiar amado, poderia induzir uma atenuação na dor de uma criança, através deste terceiro nível de funcionamento do sistema nervoso.

(*) Comunicação apresentada no II curso pós-graduado «Dor na criança e no jovem», Faculdade de Medicina de Lisboa, 30 de Novembro de 1996.

(**) Pedopsiquiatra e psicanalista. Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.

É, pois, difícil distinguir os moduladores internos dos moduladores externos da dor, uns necessitando dos outros para atingirem a sua eficácia máxima: a mãe que faz festas na zona do «dói-dói» de uma criança, e procura distrai-la, está a auxiliar, positivamente, os três níveis anti-álgicos.

II

É diferente o modo de expressão da dor na criança pequena, ainda sem linguagem, ou com escassa linguagem verbal, do modo de expressão na criança mais velha, a partir dos cinco ou seis anos de idade, que possui outras capacidades de elaboração mental, e de domínio da linguagem.

Annie Gauvain-Piquard (1995) distingue três modos de expressão da dor na criança mais pequena: *reacções emocionais específicas, sinais directos da dor e alterações psicomotoras*.

Nas *reacções emocionais específicas* inclui a *comunicação não-verbal do sofrimento*, através do choro ou da agitação, *as manifestações neuro-vegetativas*, como a taquicardia, a polipneia e a sudorese, e as *perturbações metabólicas*, como a hiperglicémia e o aumento do catabolismo proteico.

Nos *sinais directos da dor*, sublinha, sobretudo, a *adopção de posições antiálgicas* persistentes pela criança, que assim procura proteger a zona dolorosa: coloca-se em posturas inabituais, e evita ou resiste a todas as movimentações que possam exacerbar a dor. Procura tocar, ainda, com gestos repetidos, na zona dolorosa, o que pode observar-se, precocemente, em dores nos membros, nalguns casos a partir das três semanas de idade (Gauvain-Piquard, 1995).

Por fim e, sobretudo, nas dores prolongadas ou difusas, encontram-se *alterações psicomotoras*, onde domina uma atonia.

Annie Gauvain-Piquard (1995) sublinha ser esta *atonia psicomotora* induzida pela dor na criança pequena, uma categoria semiológica pouco conhecida, que sugere uma sintomatologia depressiva.

A criança está imóvel, sobretudo no tronco e nas grandes articulações dos membros – os escassos gestos são lentos, segmentares, precedidos por uma latência, e sem mostrarem afectiva. Desapareceu o prazer de funcionamento

da criança: o rosto mostra-se inexpressivo, por vezes um pouco triste, e nada parece interessar a criança, que não explora o que a rodeia, não brinca e não desvia o olhar.

Há uma correlação entre os sinais directos da dor, acima mencionados, e esta atonia psicomotora, que melhora particularmente com antiálgicos (Gauvain-Piquard, 1995).

A dor e o sofrimento da criança pequena põem em questão o sentimento de competência parental, desencadeando sentimentos de desânimo, de desespero, de hostilidade, alternando com culpabilidade, por vezes de desistência.

Tais sentimentos podem também ser partilhados pelos membros das equipas de cuidados médicos, com óbvio risco para a qualidade das intervenções.

III

Enquanto a dor na criança mais pequena se revela, sobretudo, por alterações expressivas do corpo, na criança mais velha, a partir dos cinco, seis anos de idade, o componente psíquico torna-se mais visível.

A vida afectiva, cognitiva e social, a vida imaginativa e de fantasia da criança alargaram-se e aprofundaram-se, e a dor é rapidamente inserida em redes fantasmáticas centradas na angústia.

A criança sente-se perplexa e injustiçada pelo que se passa no seu próprio corpo, que se tornou num desconhecido suspeito ou, mesmo, num inimigo. A perplexidade e a angústia aumentam ao ver que os próprios pais não conseguem libertar instantaneamente da dor, como magicamente esperaria.

Perseguida pelo corpo, «abandonada» pelos pais, excluída do mundo dos sem-dor, emerge, na criança, uma hostilidade confusa, roçando o desespero, e vão nela tomando forma poderosos sentimentos de culpa, sobretudo se a dor se arrasta – a dor é um castigo justo.

A culpa angustiada reforça a dor, e conduz a fantasmas de morte, de destruição interna ou de incapacitação total, independentemente da gravidade real da situação. A criança procura, então, construir uma teoria pessoal sobre o modo como maldades suas, reais ou imaginárias, poderão ter conduzido a este «estado de desgraça».

A coerência interna da teoria construída, a

compreensibilidade subjectiva que ela possa trazer à situação, ajudam a torná-la mais suportável para a criança, e a diminuir a sua angústia. Se a criança fôr capaz de falar na sua teoria a um adulto acolhedor, sentir-se-á, em regra, mais aliviada e, até, desculpabilizada. Daqui a importância de manter elos abertos de comunicação pela palavra com a criança invadida pela dor, em qualquer plano global de ajuda.

Os pais, pelo seu lado, também reagem com angústia e culpabilidade ao sofrimento doloroso do filho. Também eles procuram construir teorias ou explicações aparentemente plausíveis, tendencialmente tranquilizadores sobre a situação da criança.

Para alguns pais, esta tentativa de «teorização» falha: instala-se neles um sentimento de impotência insuportável, e a angústia, a desorientação e o desespero não lhes deixam margem para pensarem.

Outros pais, sobretudo numa primeira fase, reagem com uma negação de veracidade ou, pelo menos, da intensidade do sofrimento do filho, procurando convencer-se, através de uma forma de pensamento mágico, que se não derem importância à dor ela desaparecerá.

Outros pais, no entanto, conseguem controlar razoavelmente a sua angústia, tornam-se capazes de entabular diálogos verbais e corporais que aliviam o filho, ao mesmo tempo que vão procurando fazer uma avaliação correcta da gravidade da situação, e do modo mais adequado de lhe responder.

Todos os pais, se pudesse, absorveriam para si próprios as dores dos filhos.

IV

A primeira rede de acolhimento e alívio para as dores das crianças são, pois, naturalmente, os pais: pela sua presença junto aos filhos, pela demonstração da permanência do seu amor, pela sua capacidade em ouvirem e em desculpabilizarem os filhos, pela manutenção de um certo sangue-frio transmissor de segurança, são parceiros insubstituíveis na luta anti-álgica, ajudando a atenuar, por vezes de um modo espetacular, os circuitos reverberantes da angústia, que sempre rodeiam a dor.

Para os técnicos de ajuda, médicos e paramé-

dicos, para além da sua perícia diagnóstica e terapêutica, tem que ser claro o entendimento destas ligações complexas entre a dor, o estado corporal e o estado psíquico, e da importância do alívio das emoções agravantes da dor.

Sempre que possível devem promover que os pais permaneçam junto dos filhos em sofrimento. Devem acolher com tolerância e compreensão as teorias de pais e de filhos sobre a causa e a evolução das dores, reduzindo-lhes a culpabilização, e ajudando-os numa avaliação realista da situação. Perante angústias muito intensas pode justificar-se, para a criança, a adição de ansiolíticos aos cuidados analgésicos, assim como, para os próprios pais, a prescrição de ansiolíticos.

No entanto, é a atitude de fundo do técnico, receptiva e encorajadora, perante a criança e a sua dor, perante os pais e a sua aflição ou, por outras palavras, a capacidade que o técnico tiver em utilizar a sua própria humanidade, que constituirá *o melhor ansiolítico para a situação*.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Gauvain-Piquard, A. (1995). La douleur chez l'enfant. In S. Lebovici, R. Diatkine, & S. Soulé (Eds.), *Nouveau traité de l'enfant et de l'adolescent* (Vol. I, pp. 495-506). Paris: PUF.

Lebovici, S., Diatkine, R., & Soulé, S. (1995). *Nouveau traité de l'enfant et de l'adolescent*, Vol. I. Paris: PUF.

RESUMO

Após um breve resumo da neurofisiologia da dor, o autor descreve os modos de expressão e comunicação da dor na criança, de acordo com as diferentes idades. Procura esclarecer, depois, as alterações introduzidas pela dor na vida afectiva, cognitiva e social da criança, assim como o modo como se processa a sua elaboração psíquica, em termos de angústia, de depressão e de culpabilidade. Aponta, por fim, maneiras como pais e técnicos podem colaborar na atenuação da dor.

Palavras-chave: Dor na primeira e segunda infância, compreensão psicológica da dor.

ABSTRACT

After a short description of the neurophysiology of pain, the author details the ways of expression and

communication of pain in infancy and childhood. He details the changes introduced by pain in the affective, cognitive and social life of the child, and the role of anxiety, depression and guilt in its evolution. Finally,

he shows how a cooperative endeavour between parents and technicians may contribute to its relief.

Key words: Pain in infancy and childhood, psychological understanding of pain.