

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO  
PRÓ-REITORIA ACADÊMICA  
COORDENAÇÃO GERAL DE PÓS-GRADUAÇÃO  
PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA  
LINHA DE PESQUISA: PSICOPATOLOGIA FUNDAMENTAL E PSICANÁLISE**

**MARIA DO SOCORRO GONÇALVES FORMIGA**

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO  
DOR CRÔNICA OU UM CORPO DEPRIMIDO? REFLEXÕES SOBRE  
AS DIMENSÕES PSICOLÓGICAS DA DOR CORPORAL NA  
CONTEMPORANEIDADE**

**Profa. Dra. EDILENE FREIRE DE QUEIROZ**

**Orientadora**

**RECIFE**

**2010**

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO**  
**PRÓ-REITORIA ACADÊMICA**  
**COORDENAÇÃO GERAL DE PÓS-GRADUAÇÃO**  
**PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA**  
**LINHA DE PESQUISA: PSICOPATOLOGIA FUNDAMENTAL E PSICANÁLISE**

**DOR CRÔNICA OU UM CORPO DEPRIMIDO? REFLEXÕES SOBRE  
AS DIMENSÕES PSICOLÓGICAS DA DOR CORPORAL NA  
CONTEMPORANEIDADE**

Dissertação apresentada no Curso de Mestrado em Psicologia Clínica – Linha de Psicopatologia Fundamental e Psicanálise da Universidade Católica de Pernambuco, como requisito para obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica.

**MARIA DO SOCORRO GONÇALVES FORMIGA**  
**ORIENTADORA: DRA. EDILENE FREIRE DE QUEIROZ**

**RECIFE**

**2010**

F725d

Formiga, Maria do Socorro Gonçalves

Dor crônica ou um corpo deprimido? : reflexões sobre as dimensões psicológicas da dor corporal na contemporaneidade / Maria do Socorro Gonçalves Formiga ; orientador Edilene Freire de Queiroz, 2010.  
161, [23] f. : il.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Católica de Pernambuco - UNICAP. Pró-reitoria Acadêmica. Curso de Mestrado em Psicologia Clínica, 2010.

1. Psicologia clínica. 2. Psicanálise. 3. Sofrimento. 4. Dor crônica. 5. Psicologia clínica da saúde. 6. Tristeza. 7. Emoções. I. Título.

CDU 159.964.2

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO**  
**PRÓ-REITORIA ACADÊMICA**  
**COORDENAÇÃO GERAL DE PÓS-GRADUAÇÃO**  
**PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA**  
**LINHA DE PESQUISA: PSICOPATOLOGIA FUNDAMENTAL E PSICANÁLISE**

**MARIA DO SOCORRO GONÇALVES FORMIGA**

**DOR CRÔNICA OU UM CORPO DEPRIMIDO? REFLEXÕES SOBRE AS**  
**DIMENSÕES PSICOLÓGICAS DA DOR CORPORAL NA**  
**CONTEMPORANEIDADE**

**Comissão Examinadora:**

---

**Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Edilene Freire de Queiroz – UNICAP (PE)**  
**Presidente da Banca**

---

**Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Susane Vasconcelos Zanotti – UFAL (AL)**

---

**Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Albenise de Oliveira Lima – UNICAP (PE)**

*Dedico este trabalho ao meu companheiro e grande amor, Antonio Rangel, agradecendo pela participação, apoio e amparo incondicional em todos os momentos. Seu amor, sua parceria, sensibilidade e estímulo me possibilitam continuamente, um crescimento pessoal e profissional.*

## AGRADECIMENTOS

Aos meus pais Zélia e Zezé, que sempre me estimularam a aprimorar os conhecimentos e a prosseguir na realização dos meus sonhos.

A minha orientadora e mestre Dra. Edilene Freire de Queiroz, pelo apoio e acompanhamento desse percurso de construções e desconstruções, que muito me ajudou a refletir sobre as questões da clínica psicanalítica, o meu reconhecimento pela valiosa e generosa contribuição.

Aos professores membros da banca examinadora deste trabalho – Dra. Susane Vasconcelos Zanotti, Dra. Albenise de Oliveira Lima, Dra. Luciana Leila Fontes Vieira e Dr. Iraquitã de Oliveira Caminha, pela sua generosidade em aceitar a tarefa de avaliar e principalmente, pela sensibilização de suas críticas e contribuições a meu estudo.

Aos professores do Mestrado com quem estudei, por suas idéias e instigações, ao longo do curso, que me abriram novos caminhos e oportunidades de aprendizagem. Deram muitas respostas, mas principalmente, instigaram-me a fazer novas perguntas.

Aos companheiros de caminhada no Mestrado, pelas nossas trocas de experiências, pelo apoio incondicional e grande suporte diante das adversidades surgidas no decorrer da formação.

A professora Célia Souto Maior, pela carinhosa acolhida no estágio de docência, experiência que guardarei com muito carinho.

Aos profissionais da Clínica de Dor de João Pessoa, Paraíba, especialmente ao Dr. Ussânio Mororó e Dr. Fernando Florêncio, que acolheram minha demanda de pesquisa, experiência visceral para a realização deste trabalho e minha inserção na clínica com pacientes de dor crônica.

Aos profissionais do Centro de Dor do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP), especialmente a coordenadora do ambulatório Dra. Lin Tchai Yeng e a psicóloga Dra. Adriana Loduca, com quem compartilhei tantas dúvidas e inquietações e me proporcionaram grandes oportunidades de aprendizagem e troca de experiências.

Ao Dr. Onofre Alves Neto, da Sociedade Brasileira para Estudo da Dor, pela atenção carinhosa, troca de informações, valioso envio de material didático e cuidadosa correção da minha escrita em relação aos aspectos da dor no ponto de vista da medicina. A sua participação foi muito importante na construção deste trabalho.

Agradecimento especial a Maria Helena Fernandes, que contribuiu significativamente com a construção deste projeto, apoiando, incentivando e fazendo-se presente em todas as suas etapas.

Ao professor Jorge Candido, pelo carinho, amizade, incentivo e apoio incondicional em todos os momentos da caminhada.

A minha querida amiga e mestre Dra. Ivone de Barros Vita, que soube acolher e incentivar meu trabalho, do início à conclusão deste estudo, com generosidade e inestimável sabedoria. Minha gratidão e meu respeito por um processo que não se acaba aqui, mas repercutirá por toda a minha vida.

Aos queridos amigos Nelma Barros e Elbio Trocolli, por me instigarem a elaborar questões e a buscar respostas – ponto de partida da caminhada. E, principalmente, pelo incentivo, apoio e acompanhamento constante de minhas reflexões.

A querida amiga e companheira Glória Carvalho Barros, que esteve comigo desde o início dessa caminhada, compartilhando os desafios e as situações adversas surgidas, como também, saboreando as vitórias e conquistas.

As amigas de coração e companheiras de jornada Márcia Candelária e Luciana Enildes, com quem estabeleci laços afetivos durante a caminhada. Obrigada pelo que juntas vivemos, compartilhamos e crescemos.

A amiga e parceira Nara Figueiredo, que não mediu esforços em me ajudar na construção desse trabalho, participando ativamente de minhas reflexões e análises.

A Dorcas Luisa pela atenção, carinho, suporte e amizade que cresceram com a convivência na realização deste estudo.

As amigas e companheiras Edna Malheiros e Letícia Wanderley, que sempre me receberam com muito carinho em suas residências, acolhendo também, as angústias e inquietações dessa jornada. O meu eterno agradecimento e reconhecimento.

Aos familiares e amigos, que me incentivaram nessa caminhada, suportaram minhas ausências e escutaram pacientemente minhas reflexões.

A todos que compõem a família EPSI, pelo carinho, acolhimento, incentivo e pela felicidade do nosso encontro.

*As contradições do corpo*

*Meu corpo não é meu corpo,  
é ilusão de outro ser.*

*Sabe a arte de esconder-me  
e é de tal modo sagaz  
que a mim de mim ele oculta.*

*Meu corpo, não meu agente,  
meu envelope selado,  
meu revólver de assustar,  
tornou-se meu carcereiro,  
me sabe mais que me sei.*

*Meu corpo apaga a lembrança  
que eu tinha de minha mente,  
inocula-me seu patos,  
me ataca, fere e condena  
por crimes não cometidos.*

*O seu ardil mais diabólico  
está em fazer-se doente.  
Joga-me o peso dos males  
que tece a cada instante  
e me passa em revulsão.*

*Meu corpo inventou a dor  
a fim de torná-la interna,  
integrante do meu Id,  
ofuscadora da luz  
que aí tentava espalhar-se.*

*Outras vezes se diverte  
sem que eu saiba ou que deseje,  
e nesse prazer maligno,*

*que suas células impregna,  
do meu mutismo escarnece.*

*Meu corpo ordena que eu saia  
em busca do que não quero,  
e me nega, ao se afirmar  
como o senhor do meu Eu  
convertido em cão servil.*

*Meu prazer mais refinado,  
não sou eu quem vai senti-lo.  
É ele, por mim, rapace  
e dá mastigados restos  
à minha fome absoluta.*

*Se tento dele afastar-me,  
por abstração ignorá-lo,  
volta a mim, com todo o peso  
de sua carne poluída,  
seu tédio, seu desconforto.*

*Quero romper com meu corpo,  
quero enfrentá-lo, acusá-lo,  
por abolir minha essência,  
mas ele sequer me escuta  
e vai pelo rumo oposto.*

*Já premido por seu pulso  
de inquebrantável rigor,  
não sou mais quem dantes era:  
com volúpia dirigida,  
saio a bailar com meu corpo.*

**(Carlos Drummond de Andrade)**

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Definição de dor adotada pela IASP.....	28
Figura 2 – Variáveis psicossociais mediadoras da percepção de dor.....	30
Figura 3 – Classificação das dores.....	36
Figura 4 – Dor aguda e crônica.....	38
Figura 5 – Tratamento da dor.....	41
Figura 6 – Classificação das dores crônicas.....	45
Figura 7 – Escala analgésica.....	52
Figura 8 – Procedimento não farmacológico para alívio da dor.....	57
Figura 9 – Fatores envolvidos na apresentação da dor.....	61
Figura 10 – Classificação baseada nos fatores etiológicos predominantes em dor crônica.....	63

## SUMÁRIO

<b>Introdução</b> .....	11
<b>1ª PARTE: A COMPREENSÃO DA DOR</b> .....	23
Por uma Perspectiva Histórica.....	24
Capítulo 1 – A Dor sob a Ótica da Medicina.....	33
1.1 Classificação da Dor.....	33
1.2 Aspectos de Compreensão das Dores Crônicas.....	42
1.3 Comportamento de Dor.....	60
1.4 Dor “Real” versus Dor “Psíquica”.....	62
1.5 Mecanismos de Defesa e Procedimentos Psicossociais Envolvendo a Dor.....	63
<b>Capítulo 2 – A Dor sob a Ótica da Psicologia</b> .....	68
2.1 Métodos Psicoterápicos e sua Aplicação no Contexto de Dor.....	69
2.2 Uma Experiência de Diagnóstico Psicológico na Dor Crônica.....	70
<b>Capítulo 3 – A Dor no Ponto de Vista da Psicanálise</b> .....	76
<b>2ª PARTE: A CLÍNICA DA DOR</b> .....	95
<b>Capítulo 4 – O Tratamento da Dor nos Centros Multidisciplinares</b> .....	96
<b>Capítulo 5 – Uma Experiência de Escuta da Dor</b> .....	103
5.1 Casos Clínicos Acompanhados.....	105
5.1.1 Quadro Sintético dos Casos.....	134
5.2 Refletindo sobre a Experiência Dolorosa .....	136
<b>Considerações Finais</b> .....	148
<b>Referências</b> .....	155
<b>Anexos</b> .....	162

## RESUMO

A dor crônica é um importante problema de saúde pública contemporâneo, assim como a crescente demanda por serviços de saúde e recursos tecnológicos para a abordagem das diversas dimensões envolvidas na incapacidade e no sofrimento resultante. Nos últimos anos, o estudo da dor e da depressão tem contribuído com mudanças profundas na compreensão da dinâmica e complexidade do sistema nervoso; tem impulsionado o reconhecimento da importância das dimensões sócio-culturais e psíquicas na experiência e expressão do fenômeno doloroso, além de ter proporcionado a diversificação de recursos terapêuticos mobilizados nesse cuidado. Essa realidade instigadora foi despertando o interesse em aprofundar os conhecimentos nessa área, de modo que a realização desta pesquisa teve como objetivo geral investigar a dor crônica no contexto contemporâneo e sua relação com sintomas depressivos. Para a pesquisa de campo, elegemos cinco pacientes diagnosticados como portadores de dor crônica e depressão, encaminhados pela equipe médica de uma Clínica da Dor da cidade de João Pessoa, Paraíba, os quais foram acompanhados através da escuta terapêutica, com um encontro semanal, com duração de cinquenta minutos, por um período de até dez meses. Os dados coletados foram analisados e interpretados, a partir do referencial psicanalítico, considerando a relação entre a linguagem somática do corpo na dor crônica e na depressão, compreendendo sua dimensão psíquica no contexto de suas histórias de vida. Entre os resultados encontrados, destacaram-se o sentimento de desamparo e a demanda por cuidado, a convocação do corpo no processo de elaboração psíquica, a necessidade de reconhecimento através da experiência dolorosa, as vivências marcantes de perdas, interferências na dinâmica familiar e os benefícios secundários dos sintomas dolorosos. O traço depressivo e o caráter paralisante da dor estiveram presentes em todos os participantes, identificados através de aspectos como isolamento social, improdutividade, sentimento de vazio, pulsão de morte, baixa auto-estima, sentimento de desesperança e aceitação do papel de “ser doente” como característica de sua auto-identificação. Dessa forma, esperando ter contribuído para o aprofundamento da temática abordada, podemos concluir que, apesar das controvérsias na relação dor crônica/corpo deprimido, a dor esteve sempre associada à depressão.

**Palavras-Chave:** dor crônica; sofrimento; corpo; depressão; saúde pública.

## ABSTRACT

Chronic pain is an important contemporary public health problem, as well as the increasing demand for health care services and technological resources to improve the approach of several factors involved in the consequential incapacity and suffering. In the last years, the study of pain and depression has contributed to deep changes in the comprehension of the nervous system dynamics and complexity; it has raised the recognition of the importance of social, cultural and psychological factors for the experience and expression of pain, and, besides that, it has diversified therapeutic care resources. This exciting reality has raised the interest to deepen the knowledge in this area and, therefore, the research had as main objective to investigate chronic pain and its relation to depressive symptoms in the contemporary context. For fieldwork, we have elected five patients with chronic pain and depression diagnosis, who were sent by the medical team of a Pain Clinic in João Pessoa city, Paraíba state. They were monitored through a therapeutic listening weekly, with fifty minutes for each session, for up to ten months. Collected data were analyzed and interpreted from a psychoanalytical perspective, considering the body somatic language in chronic pain and in depression, trying to understand psychological factors in the context of these people's life stories. Among several results, it is possible to highlight feelings of abandonment and the need for care, the involvement of the body in the process of psychological elaboration, the need for recognition through the experience of pain, marked losses, interferences in family dynamics and secondary benefits of painful symptoms. The depressive trace and the paralyzing character of pain were present in all participants, identified through aspects such as social isolation, unproductiveness, and feelings of emptiness, death drive, low self-esteem, hopelessness and acceptance of the "sick person" role as characteristic of self-identification. In this way, we expect to contribute to deepen this thematic and we can conclude that, despite the chronic pain/depressive body controversial relation, pain has always been associated to/with depression.

**Keywords:** Chronic pain; suffering; body; depression; public health.

## **Introdução**

A dor é uma experiência vivenciada pela quase totalidade dos seres humanos, e, por meio dela, a maioria das afecções se manifesta, sendo também um sinal de que algo ameaça o bem-estar físico e psíquico do sujeito. Como sintoma ou doença, a dor é o objeto de procura mais comum em Medicina Clínica.

Na contemporaneidade, as pessoas estão desenvolvendo uma relação de intimidade com a dor e os traços depressivos, dificultando, assim, uma conceituação precisa e técnica. Como afirma Roudinesco (2000): “O sofrimento psíquico manifesta-se atualmente sob a forma da depressão” (p. 13). O aumento dessa vivência de dor e depressão tem gerado uma aproximação do ser humano com a dor, o que pode ser confirmado, por exemplo, pelo crescente consumo de analgésicos.

A esse respeito, afirma Berlinck (1999):

De acordo com o Laboratório Bayer, só nos E.U.A., consomem-se 50 milhões de tabletes de aspirina por dia, ou seja, mais de 15 bilhões de tabletes por ano, não devendo ser esquecido que este produto é, hoje, um dos múltiplos analgésicos consumidos pelo mundo afora. A dor é, assim, um fenômeno de tão ampla extensão que é possível afirmar que a humanidade é uma espécie dolorida (p.07).

Em relação aos aspectos da psicofarmacologia, observamos que tanto a psiquiatria quanto, mais extensivamente, a clínica médica foram se autorizando ao receitar ansiolíticos e antidepressivos para aliviar o padecimento de seus pacientes, refletindo, assim, os auspícios da cultura pós-moderna de abolir a dor e o sofrimento psíquico.

Isso reforça a intolerância do sujeito com a dor, que é cada vez maior. Assim, qualquer dor passa a ser insuportável, como se as pessoas não se permitissem vivenciá-la em nenhuma circunstância.

A chamada sociedade depressiva<sup>1</sup> consagrou os psicofármacos como uma solução competente para lidar com o sofrimento psíquico, ainda que seus “resultados mágicos” venham promovendo certo engessamento, distanciando o indivíduo das causas de seu padecer.

Sabemos o que representa o alívio das dores para aqueles que a vivem, contudo – ao reverenciar a corrida desenfreada e sem critérios por analgésicos cada vez mais potentes, em busca de abolição do sofrimento, promovendo a idéia de um prazer sempre possível e ilimitado – corremos o risco de nos tornarmos meros espectadores de catástrofes, por terem sido caladas as vozes que poderiam significá-las.

Roudinesco (2000) comenta que o homem deprimido não acredita mais na validade de nenhuma terapia, mas busca, desesperadamente, vencer o seu vazio existencial. Por isso, passa da psicofarmacologia para a psicanálise, de forma instável, sem se dar tempo de refletir sobre a origem de sua infelicidade.

A autora complementa: “A depressão domina a subjetividade contemporânea. Às vésperas do terceiro milênio, a depressão tornou-se a epidemia psíquica das sociedades democráticas, ao mesmo tempo que se multiplicam os tratamentos para oferecer a cada consumidor uma solução honrosa...” (p. 17).

A dor é uma experiência universal, na medida em que atinge todos os seres humanos, mas não podemos deixar de considerar que toda dor é a dor de uma pessoa, é uma experiência única, de cada indivíduo.

Além disso, a mesma dor é sentida diferentemente por cada indivíduo, como, por exemplo, a dor de cabeça, de modo que somente o indivíduo pode senti-la e descobrir o que ela tem a nos dizer.

---

<sup>1</sup> Termo utilizado especialmente por Elisabeth Roudinesco na primeira parte do livro “Por que a psicanálise?” (2000) e cuja referência, de certo modo, é consenso entre os profissionais da área de psicologia.

Fazendo uma articulação da psicofarmacologia com a psicanálise, o que se pode compreender é que, se o tratamento pela fala e o tratamento medicamentoso não se excluem, tampouco se substituem.

Para a psicanálise, não se trata de suprimir a dor, mas sim de torná-la viva, desde que no limite do suportável pelo sujeito. Desse modo, o método psicanalítico tem – como um dos seus pilares – proporcionar uma oportunidade de desvendar aquilo que nela se esconde e se apresenta.

Sob esse viés, o fato de se verbalizar o sofrimento, de encontrar palavras para expressá-lo, permite uma tomada de consciência de sua origem, o que poderá levar a uma cura ou a assumir melhor suas dificuldades. No entanto, a psicanálise também reconhece que uma dor insuportável impede o sujeito de falar dela, em função do grande sofrimento.

Enquanto isso, os psicotrópicos têm o efeito de normalizar comportamentos e eliminar os sintomas mais dolorosos do sofrimento psíquico, sem dar espaço para o indivíduo compreender a significação.

Nesse aspecto, consideramos ser importante refletir sobre a afirmação de Pontalis (2005), fazendo referência a essa cultura, que transformou o direito à felicidade em obrigação de atingi-la:

(...) Embora a psicanálise tome o sofrimento do sujeito como condição de entrada na análise e tenha por objetivo ao menos sua diminuição, ela não aceita muito bem ver-se assimilada a um reconhecimento da dor: o direito à felicidade se transforma rapidamente, em nossas culturas, em dever de atingi-la, o direito de adoecer e ser tratado em exigência de estar com boa saúde, à reivindicação do prazer em imperativo gozo (p.266).

Acreditamos que, somente a partir da análise crítica de sua expressão, o diagnóstico da dor é estabelecido, e as estratégias terapêuticas são implementadas, objetivando seu controle ou a eliminação das condições causais.

A dor é um importante problema de saúde pública contemporâneo, assim como a crescente demanda por serviços de saúde e recursos tecnológicos para a abordagem das diversas dimensões envolvidas na incapacidade e sofrimento resultantes.

No Brasil, a dor não é adequadamente controlada. A avaliação inadequada dos quadros álgicos e de suas conseqüências, a subestimação do sofrimento, a crença de que, em algumas situações, a dor é incontrolável ou de que seja necessária para a elucidação dos diagnósticos e o uso incorreto das terapias analgésicas são alguns dos fatores relacionados com o insatisfatório controle da dor.

Segundo artigo de Teixeira, Figueiró, Yeng & Pimenta (1999), estudos que analisam dados epidemiológicos da dor ressaltam que mais de 30% da população relata ter experimentado dor intensa em algum momento da sua vida, admitem que 75% dos pacientes que consultam um hospital geral têm a dor como sintoma predominante e que a síndrome da dor crônica é a principal causa de incapacidade nos E.U.A.

Além disso, os autores demonstram que de 10 a 40% dos indivíduos apresentam dor com duração superior a um dia, pelo menos uma vez ao ano. A dor é intensa e persistente em 10% dos indivíduos, recorrente, com duração de muitos dias; e localizada em vários locais do corpo em 60% dos casos. Em mais de 20% dos casos, há necessidade de intervenções analgésicas. É causa de perda de, pelo menos, um dia de atividade ao ano, em até 40% dos indivíduos.

Esses estudos também ressaltam que, nos E.U.A., cerca de 89 bilhões de dólares são gastos anualmente com tratamento, compensações trabalhistas e litígios envolvendo doentes com dor crônica. Há milhões de pessoas com lombalgias crônicas, cefaléias, fibromialgia, síndromes dolorosas miofasciais, distrofia simpaticorreflexa, artrite, lesões por esforços repetitivos e câncer. Dor no segmento cefálico ocorre em algum momento da vida de mais de 70% das pessoas e torna-se crônica em mais de 10% dos indivíduos. Já a dor por afecções do

aparelho locomotor com duração de várias semanas manifesta-se em algum momento da vida de cerca de 40% dos indivíduos. As lombalgias, por sua vez, são uma das causas mais comuns de incapacidade, pois aproximadamente 80% das pessoas apresentam, apresentaram ou estima-se que vão apresentar lombalgia incapacitante em algum momento da vida. Torna-se crônica em 10 a 15% dos trabalhadores.

Também se registra que, nos E.U.A., aproximadamente 10 milhões de pessoas apresentam incapacidade decorrente da lombalgia, responsável pela perda de 250 milhões de dias de trabalho, por 19 milhões de visitas aos médicos, por metade dos gastos com compensações trabalhistas e pelo consumo de 14 bilhões de dólares ao ano. Já a cefaléia afeta o maior número de pessoas, causa mais perda de dias de trabalho que a lombalgia, mas os custos para seu tratamento são menos elevados. O câncer, por seu turno, é responsável por 5% dos casos de dor crônica. A dor manifesta-se em mais de 50% dos doentes com câncer e em mais de 70% dos casos de doença oncológica avançada. A dor ocorre em 1 a 2% dos casos de infarto encefálico, em 6 a 100% dos doentes com neuropatia herpética, em mais de 10% dos doentes com neuropatia diabética e em 40% dos doentes com neuropatia por síndrome da imunodeficiência adquirida (Teixeira et al., 1999).

Ainda segundo o mesmo estudo, no Brasil, as afecções do aparelho locomotor são a causa mais freqüente de dor crônica. A lombalgia ocorre em aproximadamente 70% dos brasileiros; cefaléias, dores abdominais e generalizadas são também muito prevalentes; mais de um terço dos brasileiros julga que a dor crônica os limita para as atividades habituais, e mais de três quartos para as atividades recreativas, relações sociais e familiares; aproximadamente 10 a 15% dos indivíduos procuram clínicas gerais por causa da dor; a prevalência de dor nas unidades de internação hospitalar oscila entre 45 e 80%; a dor manifesta-se em mais de 70% dos doentes que procuram consultórios por razões diversas.

Dados do Centro de Dor do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP) demonstram que 50% dos doentes que procuram assistência apresentam dor por afecções do aparelho locomotor, especialmente a síndrome dolorosa miofascial e a fibromialgia, um quarto por causa de dor decorrente do câncer e um quarto por dor de natureza neuropática.

Essas informações fornecidas por Teixeira et al. (1999) também dão conta de que a prevalência da dor varia entre os sexos. A enxaqueca, as dores faciais e as dores musculares, a fibromialgia, a síndrome do cólon irritável, a artrite reumatóide, a dor por lesões por esforços repetitivos e a esclerose múltipla são mais comuns nas mulheres. A predominância da dor eleva-se com a idade, cuja média – nas pessoas que procuram o Centro da Dor do HC-FMUSP – é 49,8 anos, e estima-se que 80 a 85% dos indivíduos com mais de 65 anos apresentam problemas de saúde que os predispõem a apresentar dor.

Esse contexto reforça as previsões de aumento da frequência de dor, de forma exponencial, atingindo proporções epidêmicas no mundo.

Para minimizar o crescimento da frequência desses casos, o Ministério da Saúde, considerando a necessidade de uma instância técnica para subsidiar ações na área de controle da dor e cuidados paliativos, instituiu a Câmara Técnica em Controle da Dor e Cuidados Paliativos, coordenada pela Secretaria de Atenção à Saúde – SAS/MS, conforme Portaria n.º 3.150, de 12/12/2006, publicada no Diário Oficial da União na edição n.º 238, de 13/12/2006 (anexo I).

Como parte integrante do Projeto Controle da Dor no Brasil – Brasil sem Dor, recentemente, foi encaminhada uma Portaria ao Ministério da Saúde, pela Câmara Técnica de Dor e Cuidados Paliativos, solicitando a implantação do tratamento da dor como Política Nacional de Tratamento da Dor e Cuidados Paliativos dentro do SUS. Segundo informações da SBED – Sociedade Brasileira para Estudo da Dor, essa solicitação tem como justificativa:

a) Necessidade da adequação de um projeto para uma Política Nacional de Saúde em Dor; b) Promover um atendimento digno, diminuir o sofrimento e melhorar a qualidade de vida dos pacientes com dor. Reabilitar o paciente para o desempenho na força de trabalho e para a sociedade como um todo, colaborando assim, com o esforço pelo desenvolvimento nacional; c) Integrar a Política Nacional de Saúde, aos projetos e reivindicações junto à IASP – Associação Internacional para o Estudo da Dor – e outros órgãos internacionais relacionados com o tratamento das dores; d) Promover um tratamento adequado das dores, resultando em uma grande diminuição dos custos diretos e indiretos das dores não aliviadas, com menos despesas para as instituições de saúde; e) Possibilidade de colaborar com uma metodologia factível e força de trabalho já organizada, para a aplicabilidade das Portarias GM/MS Nº 19 de 03/01/02 (Criando o Programa Nacional de Dor e Cuidados Paliativos); GM/MS Nº 1318 de 23/07/02 (medicamentos do Grupo 36, SIA/SUS); com a Consulta Pública Nº 1 de 23/07/002 (Referente à portaria 1318); f) Aumentar a participação e reforçar a importância dos PSF (Sociedade Brasileira para Estudo da Dor [SBED], 2006).

Reforçando essa demanda, recentemente, foi enviada à Organização das Nações Unidas (ONU) uma proposta feita por um grupo, pedindo que fossem incluídos o alívio da dor e a oferta de cuidados paliativos como direito fundamental da pessoa, na Declaração Universal dos Direitos Humanos, que acabou de completar sessenta anos e está sendo reformulada, conforme anexo II.

Lidar com o cuidado da pessoa com dor tem representado um grande desafio para os profissionais da área de saúde, e, nos últimos cinquenta anos, o estudo do tema tem contribuído com mudanças profundas na compreensão da dinâmica e complexidade do sistema nervoso; tem impulsionado o reconhecimento da importância das dimensões sócio-culturais e psíquicas na experiência e expressão do fenômeno doloroso, além de ter proporcionado a diversificação de recursos terapêuticos mobilizados nesse cuidado (Lima, 1992).

De um modo geral, a dor é uma experiência de ordem subjetiva, um fenômeno ainda pouco explicado, pois coloca, entre outros, um desafio ao modelo de compreensão dicotômico (corpo/mente) que embasa a medicina moderna, qual seja, o desafio da integração dos aspectos biológicos, psicológicos, culturais, ambientais e sociais na compreensão dos fenômenos da ordem humana.

No decorrer do percurso profissional, como psicóloga clínica, passei a observar a existência de um elevado número de pacientes com sintomatologia voltada para o corpo, sendo ele freqüentemente apontado como fonte de dor, frustração e sofrimento, constituindo, portanto, um meio de expressão do mal-estar contemporâneo.

Essa realidade instigadora foi despertando o interesse em aprofundar os conhecimentos na área, pesquisando, sob o vértice da psicopatologia, a inter-relação entre as doenças somáticas e os conflitos vivenciados pelos sujeitos, incluindo os traços depressivos, tendo como referência pacientes com sintomatologia de dor corporal crônica.

Sendo assim, propomos a realização deste estudo, que tem – como objetivo geral – investigar a dor crônica no contexto contemporâneo e sua relação com sintomas depressivos.

Entendemos que, quando um acontecimento ligado à dor ou emoção irrompe na história de um sujeito, a construção que ele fará dessa ocorrência dependerá não só da conexão particular entre seu corpo e sua psique, mas também da resposta que sua dor ou emoção gerem nele.

Uma vez que a história desse sujeito traz a história das marcas relacionais do afeto e de dor inscritas em seu corpo, tentamos pesquisar, por meio de escutas terapêuticas, relatos dos pacientes portadores de dor crônica e depressão por nós acompanhados, considerando as muitas vivências de abandono e de dor nos primórdios de suas vidas as quais provocaram o aparecimento de sintomas psicopatológicos, dentre os quais privilegiamos os traços depressivos.

Esta pesquisa está inserida no Projeto de Pesquisa da UNICAP, aprovado pelo CNPQ em 2006, intitulado *O social e as psicopatologias do corpo*, coordenado pela Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Edilene Freire de Queiroz, que se propõe a analisar o circuito pulsional das psicopatologias do corpo, configuradas no contexto social contemporâneo e pensar o destino da somatização para além da conversão histérica e dos fenômenos classificáveis como psicossomáticos.

Nesse sentido, tal projeto privilegia as psicopatologias adictivas e patologias corporais que tenham assumido um caráter epidêmico, sendo consideradas questões de saúde pública.

No presente trabalho, na consecução da pesquisa de campo, buscamos – de início – aprofundar a compreensão teórica sobre dor, quer sob o ponto de vista médico, quer sob o psicanalítico.

No segundo momento, partimos para uma experiência de campo, atendendo clinicamente a pacientes portadores de dor crônica e depressão, para melhor entender os aspectos psíquicos envolvidos na instalação das patologias orgânicas e – por que não? – contribuir, assim, também para o enriquecimento da própria psicanálise no que se refere à relação do sujeito com seu corpo dolorido.

### *O plano da pesquisa*

Nossa pesquisa contemplou as dimensões teórica e prática, respaldando a afirmação de Safra (1993) de que a articulação entre a teoria e a clínica é o modelo da pesquisa em psicanálise. Uma não deve existir sem a outra, uma vez que a teoria sem a clínica arrisca-se a se aproximar das manifestações delirantes, e a clínica, quando subtraída da conceitualização teórica, pode perder-se por falta de rigor metodológico.

Para a pesquisa teórica, buscamos os seguintes pontos na literatura psicanalítica e médica:

*Psicanalítica*: tomamos como foco a dor sob a ótica de Freud, estendendo-se a autores contemporâneos envolvidos nessa temática, entre os quais destacamos Jean-Bertrand Pontalis, Paul Laurent Assoun, J. -D. Nasio, Rubem Volich, Zeferino Rocha, Manoel Berlinck, Maria Helena Fernandes e outros.

*Médica*: tomamos como referência os trabalhos desenvolvidos por estudiosos da dor e seus diversos aspectos, vinculados às instituições consideradas estratégicas, como a

Organização Mundial de Saúde (OMS), Sociedade Brasileira para Estudo da Dor (SBED), Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) e participantes dos Simpósios Brasileiros e Encontros Nacionais sobre Dor.

Para a pesquisa de campo, elegemos cinco pacientes encaminhados pela equipe médica de uma Clínica de Dor particular, localizada na cidade de João Pessoa, Paraíba, por acreditarmos que os avanços na compreensão das peculiaridades do fenômeno doloroso e os alcances terapêuticos são muito ampliados quando a intervenção se dá no campo multiprofissional, tendo em vista que o trabalho em equipe permite melhor precisão dos diagnósticos e o estabelecimento de estratégias de tratamento mais apropriadas para casos complexos, em detrimento da atuação de profissionais trabalhando isoladamente.

A clínica *locus* da pesquisa é constituída por médicos com especialidade básica em neurologia, anestesia e acupuntura, com atuação voltada para dor crônica, numa perspectiva multidisciplinar.

O tempo de acompanhamento para a coleta de dados foi de até dez meses, privilegiando, na pesquisa, aspectos sobre a história de vida desses sujeitos e identificando: as experiências iniciais de perdas, a instalação da dor patológica e, também, a presença de traços que ligam a dor à depressão e ao sentimento de vazio.

Os participantes da pesquisa foram aqueles diagnosticados como portadores de dor crônica e depressão e, por essa razão, indicados previamente pelos médicos da Clínica de Dor, independentemente de faixa etária ou de gênero, tendo sido acompanhados através da escuta terapêutica, com um encontro semanal de duração de cinquenta minutos.

Convém ressaltar que nem todos os pacientes indicados chegaram até nós ou concordaram em participar da pesquisa. Nesse contexto, os cinco participantes que concordaram em ser acompanhados foram previamente esclarecidos quanto aos objetivos da pesquisa e, após aquiescência, assinaram um termo de consentimento.

Os dados coletados foram analisados e interpretados a partir do referencial psicanalítico, considerando a relação entre a linguagem somática do corpo na dor crônica e na depressão, compreendendo sua dimensão psíquica no contexto de suas histórias de vida e correlacionando suas manifestações corporais com as vivências de dor e perdas marcadas no corpo.

O presente estudo está estruturado em duas partes. A primeira parte, em que enfocaremos a compreensão da dor, está dividida em três capítulos, que retratam a dor sob a ótica da medicina, da psicologia e da psicanálise. Iniciamos com uma análise da dor numa perspectiva histórica, chegando à sua atual definição, reconhecida internacionalmente e respaldada pela Associação Internacional para o Estudo da Dor – IASP.

No primeiro capítulo, ao abrangermos a dor sob a ótica da medicina, trabalhamos vários aspectos dessa visão, os quais vão desde a classificação das dores, com ênfase nas dores agudas e crônicas, fazendo uma relação da dor crônica com a depressão, e as indicações de tratamento farmacológico para aquela.

O segundo capítulo discute a dor sob a ótica da psicologia, abordando os principais métodos psicoterápicos e sua aplicação no contexto de dor.

Já no terceiro capítulo, reportamos a dor à teoria freudiana, compreendendo as considerações de autores psicanalíticos contemporâneos acerca do tema.

Na segunda parte, dedicar-nos-emos à Clínica da Dor e dividimos em dois capítulos, sendo eles o quarto e o quinto capítulos. Assim, no primeiro deles, apresentaremos uma descrição do tratamento da dor nos centros multidisciplinares, desde as síndromes dolorosas mais complexas, e sua eficácia.

Por fim, no último capítulo, apresentaremos os resultados coletados na nossa pesquisa de campo, com uma descrição dos casos clínicos acompanhados através de análise e interpretação, a partir do referencial psicanalítico, considerando a relação entre a

linguagem somática do corpo na dor crônica e na depressão, compreendendo sua dimensão psíquica no contexto de suas histórias de vida, tentando articular suas manifestações corporais com as suas vivências de dor e perdas marcadas no corpo.

# **1ª PARTE: A COMPREENSÃO DA DOR**

### Por uma Perspectiva Histórica

A dor é parte integrante da vida e sempre atormentou o homem, como uma das mais primitivas expressões de sofrimento. Desde o Velho Testamento, a dor foi considerada uma medida disciplinada para os pecadores e uma provação para os justos. Com o advento do Cristianismo, a dor foi vista de maneira definida como forma de iluminação ou de obtenção de graças e até como sacramento, sendo considerada como “boa para a alma” (Bonica, 1953). A palavra latina “*poena*” e a grega “*poine*”, ambas significando castigo e punição, deram origem ao termo inglês “*pain*”, mostrando a conotação entre castigo e dor (Bond, 1984).

As causas e os tratamentos para os estados dolorosos foram buscados desde as mais antigas civilizações. O papiro *Ebers*, datado de 1550 a.C., inclui uma primitiva farmacopéia egípcia que contém várias indicações para o uso de ópio, uma das quais o considerando como remédio de origem divina, prescrito por Isis para as cefaléias de Ra (Lobato, 1992).

Ao longo da História, encontramos diferentes explicações para a dor, que já foi considerada um castigo mandado por deuses ofendidos, foi atribuída à presença de maus espíritos, a perda de substâncias vitais do organismo e como consequência de um desequilíbrio na harmonia universal. O homem que adoecia era visto como pecador, que havia rompido um tabu ou atentado contra alguma divindade ou ser sobrenatural. A doença era quase sempre vista como forma de castigo.

A doutrina dos cinco sentidos tal como conhecemos hoje, atribuída a Aristóteles (citado por Lobato, 1992) não faz menção à dor. O filósofo macedônio, assim como Platão antes dele, coloca a dor e o prazer lado a lado como paixões da alma. Essa concepção foi aceita por 2.000 anos e constitui um fator importante no atraso das pesquisas neurofisiológicas e psicológicas que visavam esclarecer em que consistia o fenômeno doloroso.

No século X, Avicenna escreveu o “*Canon of Medicine*”, listando poções herbívoras, drogas e técnicas de relaxamento para curar dores. Ao prescrever drogas de ação fisiológica e química, associadas à intervenção comportamental (relaxamento), o autor descreveu também sua crença na múltipla causalidade da dor, considerando as peculiaridades de seus aspectos emocionais e sensoriais (Guimarães, 1999).

Podemos constatar, pelos comentários de Ávila (2004), que os muitos médicos que compartilharam suas crenças com Hipócrates deixaram um vasto compêndio de descrições clínicas, relatos de doenças e de métodos terapêuticos, cirúrgicos e farmacológicos. O “*Corpus Hippocraticum*” é composto por mais de setenta tratados, com a descrição de várias patologias, com rigor de observação e raciocínio clínico.

A partir desses tratados e sua forma de abordagem, poderíamos dizer que os gregos tinham uma concepção profundamente psicossomática da medicina, o que pode ser demonstrado por uma breve análise etimológica sobre as palavras *psique* e *soma*. Esta última, da qual derivamos somático, somatização, somatoforme e tantas outras palavras, não significava para os gregos o corpo, e sim apenas o cadáver, o corpo inanimado já tomado pela morte. Enquanto isso, a psique era o sopro, a *anima*, o espírito que habita o corpo. Daí a afirmação de que a morte é “o último suspiro” e a concepção de que, só há vida na presença da vida psíquica, não bastam às funções corporais. Corpo e mente, portanto, são apenas duas divisões do mesmo processo vital. Atribui-se a Hipócrates a seguinte frase: “A arte tem três fatores, a doença, o paciente e o médico” (Porter, 1997, citado por Ávila, 2004, p. 04).

Em meados do século XV os conhecimentos da então medicina moderna redefiniram o enfoque dos estudos sobre os processos dolorosos. A primeira grande influência nesse sentido foi do filósofo e médico francês René Descartes, considerado o mais importante nome no estabelecimento das bases da ciência moderna. Desde cedo, ele se direcionou para a matemática, a física e a astronomia, estudando as concepções de Galileu Galilei sobre o

universo. Seu método filosófico era essencialmente dedutivo, com um lugar reservado para experimentação, tendo sua dúvida fundamental equacionada no *Cogito: ergo sum* (Penso, logo existo), onde estabelecia a primeira e maior das evidências, a da consciência.

Segundo informações de Ávila (2004), Descartes (1596-1650) como médico praticou muitas disseções em animais, com o objetivo maior de encontrar uma descrição da fisiologia dos organismos em termos estritamente materiais, em busca de alcançar seu entendimento enquanto mecanismos. No seu entendimento, todos os corpos naturais, incluindo o corpo humano, obedeceriam às leis físicas do movimento e seriam regidos por forças passíveis de serem expressas através de fórmulas matemáticas. De seu sistema filosófico nasceu a tradição fisicalista e mecanicista que orienta a medicina até os nossos dias.

Na concepção de Descartes havia um local orgânico onde se daria a passagem e a interação dos fenômenos físicos e mentais, situado na glândula pineal, instaurando assim, um abismo entre a matéria física (*res extensa*) e os aspectos mentais e espirituais, componentes da *res cogitans*. A partir daí, instalou-se uma cisão no domínio do conhecimento. A ciência contemporânea reflete, em todas as suas sub-divisões, a dissociação entre o físico – objetivo – e o psicológico – subjetivo – (Ávila, 2004).

Após Descartes, a medicina adentrou em seu período científico, baseado na objetividade, na experimentação, na observação, no teste e refutamento de hipóteses, o que possibilitou seu extraordinário crescimento nos séculos seguintes.

Nesse trajeto, foi perdido o universo mental, com suas leis peculiares, suas singularidades e o inevitável caráter subjetivo de seus fenômenos. Ao assumir sua vocação de ciência natural, orientada para a física e a química, vinculada com a biologia em todos seus desenvolvimentos, a medicina, dita científica, separou-se das ciências humanas em geral, deixando para estas o legado das dimensões subjetivas e simbólicas, inerentes a qualquer ato ou função humana. Nesse processo, a visão tradicional, unitária e integrada do homem no

mundo fragmentou-se, passando a repartir-se em diferentes saberes e especialidades técnicas, dividindo o corpo humano em dimensões biológicas e psico-sociais.

Os aspectos da múltipla causalidade da dor foram retomados com ênfase em 1895 quando Strong atribuiu igual importância aos aspectos psicológicos e orgânicos na percepção da dor, ao hipotetizar que ela ocorre em decorrência de uma sensação e da reação que a pessoa tem a essa sensação (Guimarães, 1999).

Então, a partir da metade do século XIX, a dor começou a ser investigada por fisiologistas e discutida em laboratórios, e os resultados obtidos nesse campo levantaram uma celeuma entre os fisiólogos de um lado e os filósofos e psicólogos de outro, cada grupo defendendo suas ideias, ao pensar que poderia dar uma explicação cabal e definitiva do fenômeno.

A massa dos trabalhos de pesquisa favoreceu os fisiologistas, e a teoria da dor como sensação foi aceita de maneira geral, inclusive pelos psicólogos, no começo do nosso século e, desta forma, a opinião tradicional defendida pelos filósofos foi posta de lado (Bonica, 1953).

Segundo Guimarães (1999) vários estudos foram realizados em relação aos aspectos da dor. Nas décadas de 40 e 50, Beecher descreveu respostas de dor observadas em soldados e civis durante a Segunda Guerra Mundial, que punham em dúvida a premissa de que a percepção da dor seria unicamente uma função linear da lesão tecidual. Beecher também descreveu a dor como uma composição de estímulos sensoriais e componentes emocionais, abrindo espaço para os trabalhos de Melzack, Casey e Wall, que na década de 60 enfocaram motivação, afeto e cognição como aspectos psicológicos associados à dor e definiram uma nova perspectiva na óptica e estudos da área.

Vários estudiosos voltaram a considerar o componente psicológico ou reativo da sensação dolorosa, reconhecendo a emoção como fator importante na dor, mantendo, entretanto, a dualidade entre sensação e reação emocional.

Merskey e Spear (1967), num lúcido artigo, analisam a dicotomia alma/corpo, que representava a dualidade cartesiana e propõem uma definição para a dor, que abrange os dois aspectos e que serviu como base para o conceito estabelecido pela Associação Internacional para o Estudo da Dor - IASP.

Com o objetivo de integrar as múltiplas disciplinas subjacentes ao entendimento da dor, em 1973, foi fundada essa Associação e, a partir daí, iniciaram-se, então, os estudos formais sobre a dor como sensação distinta e grupos de pesquisa começaram a se formar ao redor do mundo.

### *Definindo a Dor*

A definição mais utilizada na literatura internacional moderna sobre dor e adotada pela IASP em 1979, diz que a dor “é uma experiência sensorial e emocional desprazerosa associada com real ou potencial lesão de tecido ou descrita em termos de tal lesão” (McGrath, 1990, citado por Guimarães, 1999, p. 27).

Segundo comentários de Guimarães (1999), os termos envolvidos nesse conceito, submetidos a uma análise detalhada, podem ser observados, abaixo, na figura 1.

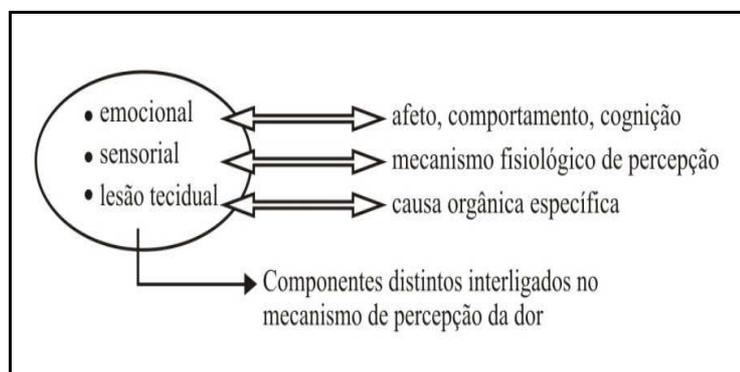


Figura 1. Definição de dor adotada pela IASP.

Infere-se dessa definição, que o sentir dor envolve atividades fisiológicas, cognitivas e comportamentais. A adoção desse conceito pela comunidade científica assegura o reconhecimento da natureza multidimensional da dor, enquanto estimula as pesquisas sobre os possíveis mecanismos de interação entre os mediadores e correlatos da experiência da dor.

Como comenta Lobato (1992), a definição da IASP tem o indiscutível mérito de ressaltar o aspecto emocional e desvincula a dor de uma lesão obrigatória de tecidos do organismo. Em outros termos: “sempre existe dor quando alguém se queixa de dor” (com exceção dos simuladores), haja ou não um estímulo nociceptivo reconhecido. E acrescenta:

Temos que admitir que, na ausência de lesão tecidual, o paciente com dor interpreta seu sofrimento como se houvesse aquela lesão ou, em outros termos, ele relaciona a experiência desagradável com algo que estivesse alterando seu organismo. Tal fato explica porque as chamadas dores psicogênicas são amiúde descritas com palavras semelhantes às usadas nas queixas de dores de origem somática (p. 165-166).

Atualmente, os estudiosos da área rejeitam a abordagem tradicional de que a dor está diretamente relacionada à natureza ou extensão do tecido danificado e, numa interpretação mais flexível do processo doloroso, reconhecem as características individuais e as variáveis psicossociais como mediadores da experiência da dor.

Neste contexto, podemos refletir sobre o significado da dor e o que ela expressa. Strain (1975) e Bond (1984) concordam que a simbolização da dor ocorre em três níveis. No primeiro ela constitui um sinal registrado pelo ego de que se acha em curso uma ameaça à integridade estrutural ou funcional do organismo. Num segundo nível, ao verificar-se que a experiência pode ser repartida, ou seja, comunicada a outra pessoa, faz da dor um meio básico de pedir ajuda e expressar seu sofrimento. Num terceiro e último plano, a dor não mais denota uma referência ao corpo, mas pode, isso sim, expressar queixa, ataque e aviso de perda iminente do objeto. Nesse último nível de simbolização, a dor pode ser “utilizada” como forma de manipular os outros, ganhar o controle sobre eles, ou então, já um outro

plano, como forma de aliviar a culpa por alguma falta real ou imaginária cometida anteriormente.

A dor não pode ser vista apenas sob a ótica dos aspectos negativos. Os profissionais da área de saúde acreditam que, a dor por nocicepção, especialmente a aguda, é fundamental para a preservação da integridade do indivíduo, porque é um sintoma que alerta para a ocorrência de lesões no organismo. Segundo Ripley (1953, citado por Lobato, 1992), as crianças têm boa tolerância à dor e tal fato é importante, pois os freqüentes traumatismos que lhe ocorrem são necessários ao processo normal de desenvolvimento. Não fosse a dor bem tolerada, as crianças ficariam inibidas para a prática de qualquer experiência que resultasse em conhecimentos novos e, dessa forma, sua maturidade seria retardada.

Guimarães (1999) ilustra o entendimento da dor em suas múltiplas dimensões e facilita a visualização das variáveis mediadoras da percepção do estímulo doloroso, conforme observado na figura 2.

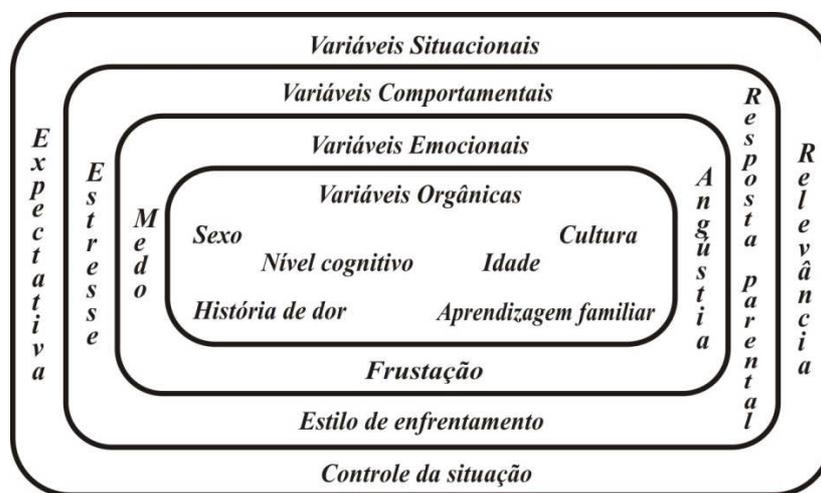


Figura 2. Variáveis psicossociais mediadoras da percepção de dor.

Analisando as variáveis contidas na figura 2, ela acrescenta a informação de que:

A maioria das pessoas pode experimentar uma variação enorme de dores ao longo da vida, com peculiaridades e aspectos a serem considerados para uma descrição apropriada. Essas muitas características da dor podem variar para a mesma pessoa a cada situação dolorosa, como, por exemplo:

1. Localização – a dor pode ocorrer nos músculos, juntas, dentes, pele ou em membros amputados, caracterizando a *dor fantasma*. A localização também pode ser pontual e bem definida ou difusa, difícil de ser apontada.
2. Qualidade – a principal sensação, ou forma que a dor toma, pode ser de formigamento, queimação, ardor, pontada, latejamento, pressão, perfuração e corte, entre outros.
3. Intensidade – a intensidade da dor pode ser percebida como forte, fraca e em uma grande variedade de graduação entre os extremos: “sem dor” e “dor excruciante” ou “insuportável”.
4. Frequência – a dor pode ser ininterrupta ou episódica, ocorrendo em diferentes intervalos de tempo.
5. Natureza – a dor pode ser orgânica, com causa física conhecida e reconhecida ou psicogênica, sem qualquer causa física, associada ao funcionamento ou momento psicológico da pessoa.
6. Etiologia – a variável desencadeadora da dor pode ser fratura, cirurgia, artrite reumatóide, cortes acidentais, acidente químico ou pancada, entre várias outras.
7. Duração – um episódio doloroso pode permanecer por diferentes períodos de tempo, variando de alguns segundos a meses (Guimarães, 1999, p. 16- 17).

Cada dor é uma dor de uma pessoa, incluindo todas as suas peculiaridades – sua história de vida, sua formação, sua etnia, sua personalidade, o contexto em que está inserida e seu momento. Embora subjetiva, a dor 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.

A dor também pode ser considerada uma nova forma de expressão do sofrimento humano, uma vez que nossa sociedade valoriza mais as queixas de ordem somática do que psíquica. Nesse sentido, pode-se dizer que a dor corresponde a um fenômeno complexo, sendo uma expressão genuína do sofrimento humano e que, os fatores psicológicos, sociais e culturais são de importância fundamental na mediação do processamento da dor.

Nos dias atuais, existe uma compreensão de que a dor pode ser tratada, controlada e na pior das hipóteses, minimizada. Mas, ainda há muito a saber e a fazer em relação à complexidade da dor e, principalmente, há a necessidade de expandir esses conhecimentos, que pertencem a um número reduzido de profissionais especializados.

Na maioria dos currículos básicos dos cursos de formação destinados a profissionais da área de saúde, a dor não é estudada como uma disciplina. O estudo do sofrimento da dor na sua totalidade é algo recente, como também, os cursos de especialização nesta área. As chamadas clínicas de dor ou unidades multiprofissionais dedicadas á compreensão e ao controle da dor datam dos últimos quarenta anos e, existem, ainda, em pequeno número.

Segundo afirmação de Guimarães (1999):

Um completo entendimento do fenômeno doloroso talvez não seja possível, por seu caráter fortemente subjetivo e variável, mas novas descobertas sobre aspectos teóricos das propostas abrangentes e sobre as técnicas interventivas para avaliação e manejo serão úteis para o ajuste de nossos conhecimentos à demanda da pessoa em sofrimento, conforme a individualidade de cada ser e a peculiaridade de cada situação (p. 29).

São cada vez maiores as demandas por estudos interdisciplinares, que estimulam o trabalho teórico da psicologia sobre os correlatos cognitivos e emocionais da dor e que geram demandas pela pesquisa, divulgação e avaliação das técnicas interventivas não farmacológicas já existentes e o desenvolvimento de novas estratégias de ação.

## Capítulo 1

### A Dor sob a Ótica da Medicina

A dor é uma experiência multidimensional que inclui componentes nociceptivos, emocionais e cognitivos. Provoca grandes sofrimentos, alterando os neuritransmissores e inibindo o sistema imunológico, provocando afastamento do trabalho e limitando a qualidade de vida dos pacientes.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), a Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP), a Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor (SBED), entre outras, são organizações estratégicas para o estabelecimento de normatização do tratamento da dor nas instituições de saúde e para a pesquisa científica.

A dor tratada de forma não-efetiva tem um efeito prejudicial sobre os pacientes e é frequentemente uma causa de insatisfação, piora de condições clínicas, comprometimento da qualidade de vida e aumento dos custos relacionados aos cuidados médicos (Jales, 2009).

#### *1.1 Classificações da Dor*

Considerando a existência de características fisiopatológicas e clínicas que diferenciam alguns tipos de dor, seu estudo requer um sistema consistente e didático de categorização, como também, o uso de uma terminologia técnica que facilite a comunicação entre os pesquisadores, clínicos e pacientes.

Alguns sistemas de classificação já foram desenvolvidos, cada um tomando uma característica específica da dor como critério de inclusão. Passamos a descrever algumas das principais.

Para Guimarães (1999) a classificação mais citada e utilizada tem sido a que utiliza a duração da dor como referencial. Esta classificação considera a dor ao longo de um continuum de duração e inclui dor aguda, crônica e recorrente:

1. *Dor Aguda* - tem duração relativamente curta, de minutos a algumas semanas, e decorre de lesões teciduais, processos inflamatórios ou moléstias. São exemplos as dores advindas de injeções, arranhões, pós-operatórios e procedimentos médicos em geral.
2. *Dor Crônica* - tem duração extensa, de vários meses (em geral considera-se seis meses) há vários anos e, geralmente acompanha o processo da doença ou está associada a uma lesão já tratada. São exemplos a dor que acompanha a artrite reumatóide e a dor fantasma (a dor em um membro amputado). Alguns autores consideram a necessidade de usar uma categoria decorrente desta (dor crônica progressiva), para incluir a dor associada a doenças crônicas progressivas. A dor do câncer, por exemplo, surge apenas em determinado momento do estágio da doença (geralmente, em estágio adiantado). Para a compreensão de dores associadas a doenças progressivas as peculiaridades da doença precisam ser consideradas.
3. *Dor Recorrente* - é uma dor aguda, porque ocorre em episódios de curta duração, mas tem uma característica crônica, porque se repete ao longo de muito tempo, às vezes ao longo de quase uma vida, e não está claramente associada a uma etiologia específica, tal como ocorre com as dores agudas e crônicas. O exemplo mais recorrente é a enxaqueca, na qual o paciente sofre de forte dor de cabeça intercalada por períodos livres de qualquer dor.

A classificação da dor por duração dos episódios dolorosos pode ainda ser subdividida em outras categorias, considerando a especificidade de cada contexto. Para uma compreensão

geral da dor, o importante é entender que seu caráter temporal é variável e que essa variabilidade decorre de cada situação e etiologia da dor.

Outro modelo adotado é o biomédico, que tem dominado o pensamento sobre dor aguda e caracteriza a dor simplesmente em termos de estímulo nocivo e das vias neurais aferentes que servem à nocicepção. De uma perspectiva terapêutica, sugere que a erradicação ou a diminuição da nocicepção é tudo o que é necessário para aliviar a dor e restaurar a função. Esse modelo, embora atraente por sua simplicidade, frequentemente é inadequado para explicar os comemorativos clínicos associados com a dor crônica. O apego ao modelo biomédico pode conduzir a tratamento inadequado e ineficaz (Portenoy & Cheville, 2000, citado por Lobato, 1992).

Buscando uma forma mais abrangente, Melzack e Casey (1968, citado por Guimarães 1999), propuseram um modelo tridimensional para a experiência de dor: uma dimensão sensório-discriminativa, outra motivacional-afetiva e uma terceira cognitivo-avaliativa.

A primeira dimensão, sensório-discriminativa, refere-se aos aspectos informativos e adaptativos que podem caracterizar algumas facetas da dor (particularmente dor aguda devido à lesão tecidual); a dor pode clarificar os aspectos espaciais, temporais e quantitativos do estímulo nociceptivo. Essa informação provavelmente é transmitida por vias sensoriais aferentes rápidas.

A dimensão motivacional-afetiva, que reflete o componente reativo da dor, pode ser mediada por vias aferentes polissinápticas que se interconectam com neurônios reticulares do tronco cerebral e com o sistema límbico.

Impulsos para o córtex presumivelmente medeiam a dimensão cognitivo-avaliativa, mas esse processo é pouco conhecido.

Outro modelo, o biopsicossocial, também pode ser empregado para a dor, este foi defendido por Engel em 1975 como sendo o mais abrangente para todas as doenças e tornou-

se universalmente aceito. Como os fatores biológicos e psicossociais associados a dor podem variar com o tempo, assim como a relação entre eles, esse modelo aborda a natureza dinâmica das síndromes dolorosas e da heterogeneidade das evoluções funcionais. Ele enfatiza a necessidade de considerar todos esses campos ao programar intervenções terapêuticas (Portenoy & Cheville, 2000, citado por Lobato, 1992).

Outra alternativa de classificação é adotada por Lobato (1992), que utiliza como referência vários estudiosos da dor. Uma primeira é usada por Bonica (1953), no seu “Tratado sobre o Manejo da Dor” e, ao considerar a origem do estímulo nociceptivo, divide as dores em periféricas, centrais e psicogênicas, conforme a figura 3.

Origem periférica	Superficial (cutânea)
	Profunda: somática e visceral
	Referida
Origem central	Dor central (deafferenciação)
Psicogênica	

Figura 3. Classificação das dores.

As dores periféricas são consideradas como superficial, profunda e referida. As superficiais são originadas na pele e caracterizam-se por serem “em picada” ou “em ardência” e sua localização é bem definida. As dores profundas do tipo somático incluem as originadas em músculos, ossos, articulações, vasos, etc. Como as dores viscerais têm um caráter dolente e são mais difíceis de ser localizadas do que as dores superficiais, elas expressam classicamente uma dor profunda, sentida longe do seu local de origem.

Nas dores centrais, a disfunção que inicia a experiência dolorosa localiza-se em zonas do sistema nervoso central ou neuropáticas. Segundo Tasker (1984, citado por Lobato, 1992) o termo “dor por deafferenciação ou desaferentação” designa um desconforto surgido em

qualquer parte do corpo de onde os impulsos nervosos aferentes tenham sido parcial ou totalmente interrompidos. Tal fato pode resultar de lesões dos nervos periféricos, como na nevralgia pós-herpética ou a dor do membro fantasma ou ser conseqüente a alterações situadas em níveis mais altos do sistema nervoso, incluindo lesões da medula espinhal ou doenças vasculares do tronco cerebral.

A dor psicogênica é aquela em que nenhuma etiologia orgânica pode ser encontrada. Quando alguém se apresenta ao médico queixando-se de dor, há, em princípio, 50% de probabilidade de que essa dor seja psicogênica (Janowsky, 1976, citado por Lobato, 1992).

O conceito de dor psicogênica não é universalmente aceito e nos últimos anos, o termo têm sido pouco utilizado, considerando que toda dor é tida como “real”, em virtude das particularidades de cada pessoa.

Uma outra classificação divide as dores em agudas ou crônicas: as agudas são as dores que todos conhecem, de curta duração (minutos, horas, dias), as crônicas ultrapassariam de 4 a 6 meses. Na figura 4, retirada de Sylvia Lack (1984, citada por Lobato, 1992), aparecem algumas dessas diferenças.

	<b>AGUDA</b>	<b>CRÔNICA</b>	
<b>Duração</b>	Transitória	Persistente	
<b>Significado para o paciente</b>	Positivo: Indica lesão ou doença	Negativo: Sem propósito Útil	Positivo: Obtenção de ganho secundário
<b>Traços concomitantes</b>	Luta ou fuga Dilatação pupilar Sudorese Taquipnéia Taquicardia <i>Shunting</i> de sangue das vísceras para os músculos.	Vegetativos Distúrbio do sono Anorexia Libido diminuída Constipação Preocupação somática Mudança de personalidade Inibição para o trabalho.	

Figura 4. Dor aguda e crônica.

### ***Dores Agudas***

As causas das dores agudas geralmente são identificáveis e, como regra, agem através de um dos seguintes mecanismos: 1) lesão mecânica; 2) irritação química dos tecidos; 3) queimadura; 4) estresse tecidual, como a isquemia; 5) distensão aguda de vísceras ocas ou de

vasos sanguíneos; 6) espasmos dos músculos lisos (Chapman, 1983, citado por Lobato, 1992).

Exemplos comuns de dores agudas graves são as que ocorrem no pós-operatório, nos traumatismos extensos, no infarto agudo do miocárdio, no trabalho de parto, algumas cefaléias, obstruções de vísceras ocas ou canais e em tantas outras situações da clínica.

A experiência da dor aguda é um processo complexo, mesmo que tenha sido vivenciada em algum momento da nossa vida. Ela não se limita às alterações dos tecidos e envolve uma série de mecanismos hormonais, psicológicos e neurofisiológicos que vão, em última análise, caracterizar o que Cannon, citado por Lobato (1992) denomina como “reação de alarme” e prepara o organismo para a ação luta-fogo.

A dor aguda, segundo entendimento de Teixeira (1999), gera atitudes de escape, proteção, busca de apoio, medo e ansiedade. É um sintoma de alerta, que apresenta fisiologia bem estabelecida. Seu diagnóstico etiológico não é difícil e seu controle é, geralmente, possível após a eliminação do agente causal. É possível que a dor aguda persistente possa alterar a plasticidade do sistema nervoso e esta ser responsável pela cronificação da sintomatologia.

Uma vez que a dor aguda pode ser considerada uma representação de um evento ameaçador, ela gera como resposta emocional básica do indivíduo, a ansiedade e todas as reações físicas que a acompanham. Identificar e tratar a ansiedade acentuada, que possa estar comprometendo o controle da dor, deve estar incluído entre os objetivos terapêuticos. Como dizem Janowsky e Sternback (1976, citados por Lobato, 1992):

Existem tantas evidências clínicas mostrando a inter-relação entre dor aguda e ansiedade que se poderia estabelecer como axioma que a dor aguda produz ansiedade e essa emoção, por sua vez, potencializa de forma marcada a dor e reduz a tolerância e a resistência ao estímulo nociceptivo(p. 167).

Podemos entender que, na dor aguda, os fenômenos somáticos de ansiedade estão presentes quase de forma completa, especialmente os que dependem da hiperatividade

autonômica: tremor, palpitações, sudorese, mal estar precordial, boca seca, taquicardia, elevação da pressão arterial, etc.

Essa ansiedade poderia estar também, associada a diferentes temores surgidos no doente, como seu desconhecimento da causa do problema, a incapacidade de resolvê-lo, a falta de esclarecimento que pode resultar em fantasias infundadas sobre o que está por vir, o medo sempre presente de que haja alguma doença muito grave, como também, a possibilidade de que o sofrimento se possa perpetuar. Tudo isso, vem acompanhado de interrogativas e expectativas em relação ao futuro, que envolvem família, trabalho, etc.

A ansiedade pode ser descrita como um sentimento de perigo, vago, impreciso e desagradável; uma ameaça ao bem estar físico ou mental. É uma resposta pessoal, que pode ser influenciada por situações e experiências passadas e o desconforto advindo pode variar de leve ao pânico. A ansiedade leve geralmente resulta em alta reatividade aos estímulos externos. A ansiedade moderada pode resultar em diminuição da atenção, e a ansiedade severa pode distorcer o processo de pensamento e resultar em dificuldade de tomar decisões e agir. A ansiedade no doente com dor pode resultar da patologia de base e de toda gama de complicações e conseqüências dela advinda, da dor em si ou de ambas as situações.

Analisando como referência das várias modalidades de tratamentos utilizados no tratamento das dores em geral, Lobato (1992), faz a seguinte esquematização apresentada na figura 5.

Medidas específicas	Tratamento “etiológico”, médico ou cirúrgico: hérnia discal, úlcera péptica, angina, litíase.
Medidas inespecíficas	<p style="text-align: center;"><b>A - Farmacológicas</b></p> <p>Dores somáticas: AAS e outros antiinflamatórios não esteróides. Antidepressivos.</p> <p>Dores viscerais: Opiáceos ou similares</p> <p style="text-align: center;"><b>B - Não farmacológicas</b></p> <p>Cirúrgicas: cirurgia da dor</p> <p>Não cirúrgicas: acupuntura, estimulação elétrica transcutânea, hipnose, etc.</p>
Psicoterapia	--

Figura 5. Tratamento da dor.

A partir da literatura e acompanhamento de casos clínicos, passamos a observar que, em muitos casos, há uma mistura de fatores orgânicos e psicológicos concorrendo para a gênese, expressão da dor e sua manutenção. Daí, a necessidade de um tratamento envolvendo vários, aspectos, incluindo a psicoterapia.

### ***Dores Crônicas***

Em se tratando da dor crônica, de forma geral, pode-se dizer que é conhecida como a dor que dura mais de 4 a 6 meses, mas de fato, essa denominação abrange muito mais do que uma sintomatologia prolongada. Expressa uma situação em Medicina, bastante complexa em termos fisiopatológicos, diagnósticos e terapêuticos, que amiúde põe em cheque o conhecimento e a paciência dos profissionais envolvidos.

Trata-se de uma condição comum a uma população bastante variada de pacientes com diagnósticos médicos diferentes. Clínicos de várias especialidades encontram pacientes que

descrevem a dor intermitente (ex. cefaléia crônica) ou persistente (ex. dor lombar) como a condição primária pela qual buscam tratamento, ou como uma complicação de um transtorno clínico subjacente (ex. artrite reumatóide ou câncer) (Teixeira, 1999).

A abordagem de pacientes com dor crônica requer habilidades específicas, incluindo uma avaliação abrangente e a realização de um tratamento multidisciplinar, envolvendo a dor e os problemas por ela gerados, compreendendo os aspectos, sociais e comportamentais associados. Em algumas situações os pacientes com dor crônica são “despachados” por seus médicos clínicos, cansados das queixas constantes dos pacientes que nunca melhoram, apesar dos vários recursos terapêuticos utilizados. Certa vez, um participante da nossa pesquisa afirmou ter ouvido do seu médico: *“Você não é bem vindo na minha clínica, pois suja a minha reputação, você é um paciente que nunca fica bom...”* (sic).

Alguns pacientes com dor crônica passam por diversas especialidades médicas e são submetidos a terapias e cirurgias desnecessárias, que resultam frequentemente, em iatrogenias incapacitantes, gerando grande desgaste físico e emocional. Com o passar do tempo, a dor passa a ser o centro da vida do indivíduo, envolvendo toda a família na sua problemática. Chega a ser muito elevado o montante de tempo e de recursos gastos com os pacientes de dor crônica.

### ***1.2 Aspectos de compreensão das Dores Crônicas***

Há evidências de que haja aumento da frequência de dor crônica ascendente e que atinja proporções epidêmicas no mundo. A prevalência da dor crônica nas comunidades varia entre 7 e 40%. Em consequência da dor, cerca de 50 a 60% dos doentes tornam-se parcial ou totalmente incapacitados, transitória ou permanentemente (Teixeira et al., 1999).

Numa abordagem complementar, Teixeira et al. (1999), afirmam que a dor crônica não tem a mesma função de alerta da dor aguda. É vivida como perda e gera depressão, choro

e lamento, comportamentos que visam à reintegração. Estresses físicos, comprometimento do desempenho físico e mental e outras repercussões negativas prolongadas na vida de relação, nas atividades laborativas, sociais, familiares e de vida diária e prática são marcantes nesses doentes. É menos delineada no tempo e no espaço, a etiologia é dificilmente estabelecida, a condição nosológica não é, necessariamente, vinculada a sua existência e seu tratamento é mais difícil.

Mais do que um sintoma, a dor crônica torna-se a doença, e o seu controle, mais do que a eliminação do elemento causal, é o objetivo primordial do tratamento. Os componentes emocionais envolvidos na experiência dolorosa crônica podem ser mais significativos do que os sensitivos. Doentes com dor crônica apresentam prevalência elevada de transtornos depressivos, ansiosos e somatoformes, transtornos da sexualidade, transtornos do sono, transtornos relacionados com o uso de substâncias, transtornos factícios, transtornos da ansiedade, transtornos conversivos, hipocondria e simulação (Teixeira, 1999).

Analisando os aspectos da predisposição à dor crônica, identificamos que, no final do século passado, seguindo o ponto de vista psicossomático da época, Engel (1959) postulou o conceito de “paciente predisposto à dor” (*pain- prone patient*), definindo-o como portador de uma estrutura de personalidade com tendências compulsivas e masoquistas, por sentimentos de culpa relacionados a impulsos agressivos inibidos, para os quais a dor serve como uma expiração. Os estudos realizados na época mostraram que, traumas na infância poderiam ser fatores contributivos para um quadro posterior de dor crônica, podendo-se então inferir, que o desenvolvimento da personalidade na infância poderia influir na ocorrência posterior de dor crônica.

Nos *pain- prone patients*, dizia Engel (1959), a dor evoluiu de um primitivo sistema de proteção para o de um mecanismo defensivo que teria a finalidade de auxiliar a evitar ou

afastar sentimentos ou experiências mais desagradáveis e que até poderia chegar ao ponto de transformar-se numa forma de obter gratificações, não obstante o alto preço pago.

Esses mesmos estudos de Engel (1959) também mostraram que nos indivíduos propensos à dor, era possível individualizar alguns traços importantes: Proeminência de culpa; História de sofrimentos freqüentes, seguidos reveses e intolerância ao sucesso; Intensos impulsos agressivos não satisfeitos; Aparecimento de dor diante de uma perda, real ou ameaçada(p. 191).

Com a expressão pain- prone patients, Engel pretendia designar certas características da personalidade que dentro de um espectro de etiologias diferentes teria na dor seu traço mais marcante.

Hoje sabemos que a associação dor-depressão pode agravar o sofrimento, comprometer a adesão ao tratamento e a resposta aos analgésicos, acarretar isolamento social, desesperança e privação de cuidados. Supõe-se que estes fenômenos (dor e depressão) sejam auto-alimentadores e vicariantes.

Segundo o Código Internacional de Doenças (CID-10) - (F 45.4), o quadro de dor crônica se caracteriza como Transtorno Doloroso Somatoforme Persistente, no qual:

A queixa predominante é uma dor persistente, intensa e angustiante, não explicável inteiramente por processo fisiológico ou transtorno físico, ocorrendo num contexto de conflitos emocionais e de problemas psicossociais suficientemente importantes para permitir a conclusão de que os mesmos sejam a causa essencial do transtorno (Organização Mundial de Saúde [OMS], 1993).

Numa abordagem dos principais aspectos que envolvem a dor crônica, Lobato (1992) apresenta uma classificação, conforme a figura 6.

Orgânicas: nociceptivas e/ou neuropáticas	Neoplásicas Não neoplásicas
Emocionais	--

Figura 6. Classificação das dores crônicas.

Segundo Lobato (1992), nas dores orgânicas nociceptivas, há claramente um estímulo doloroso periférico, originado em vísceras ou em tecidos somáticos. São dores constantes, como regra de caráter dolente, bem localizadas no tipo somático, mas com localização menos definida e amiúde referidas a zonas cutâneas na dor originada em vísceras (Payne, 1987, citado por Lobato, 1992). São exemplos dessas dores as da metástase óssea, das artrites, das espondilopatias.

As dores neopáticas resultam de lesão em algum nível do sistema nervoso central ou periférico. São atípicas e muito desagradáveis (em queimaduras, dormência, em “carne viva”), além de difíceis de localizar e podem estar associadas com anestesia e, ocasionalmente, com distrofia simpática reflexa.

Nas dores psíquicas não se reconhece a existência de estímulos neuropáticos e/ou nociceptivos, atuais ou progressos ainda que essa afirmação possa não ser válida para o chamado “comportamento da dor”.

Podemos pensar que essa classificação é um tanto formal, considerando que, o desequilíbrio funcional que resulta na ocorrência de dor ainda é motivo de muitas controvérsias. Não há conceito ou definições que se apliquem em todos os casos de dor. A intensidade da dor e a expressão de sofrimento variam consideravelmente de indivíduo para indivíduo e nas diferentes espécies de animais. Numerosos fatores individuais e ambientais, incluindo-se entre eles, aspectos raciais, sociais, culturais, religiosos, filosóficos, experiências

pregressas e o estado mental de cada indivíduo, podem exercer efeito amplificador ou atenuador da expressão nociceptiva (Teixeira, 1999).

Existem situações em que a dor começa como orgânica, a lesão ou a doença curam, mas a dor continua. Podemos dizer que, nesse caso, à medida que passa o tempo, mais intervêm os fatores psíquicos, estabelecendo-se uma mistura de causas e conseqüências somáticas e emocionais, permitindo que se diga com toda a propriedade que a dor crônica é a verdadeira dor psicossomática (Lobato, 1992).

### ***Relação entre Dor Crônica e Depressão***

Como já foi dito anteriormente, todas as experiências humanas, incluindo a dolorosa, têm componentes físicos e psíquicos. Assim como a ansiedade é o afeto mobilizado na dor aguda, a depressão pode surgir como fenômeno secundário na dor crônica orgânica. Essa opinião de Janowsky e Sternbach (1976) não é aceita por todos os autores, como Violon (1982) que afirma que 56% dos seus pacientes que incriminaram uma causa somática como precipitante da dor já estavam deprimidos antes do evento físico.

Alguns autores como Bond (1984) e Hackett (1985), afirmam que a depressão é prevalente em 4 a 5% da população. Nos doentes com dor crônica a prevalência da depressão varia entre 22 e 78%. Queixas dolorosas persistentes ocorrem entre 30 e 100% dos doentes deprimidos.

Os estudos de Janowsky e Sternbach (1976) consideram como elementos importantes na gênese da depressão secundária à dor crônica, o sentimento de perda que acompanha qualquer modificação para pior das funções orgânicas de uma pessoa, aliado à limitação da capacidade física determinada pela dor, o que impede o indivíduo de funcionar adequadamente. Tal situação leva, segundo os autores, a um estado de luto semelhante ao experimentado após uma amputação.

Além disso, podem surgir insatisfações e agressões contra os profissionais envolvidos em seu tratamento, por não curarem a sua doença. Com o tempo, essa agressividade pode se voltar para o próprio paciente, já que ele necessita da ajuda da equipe médica que o acompanha. Nesse contexto, podemos acreditar que o paciente pode estar vivenciando uma situação considerada de depressão maior.

A depressão maior é constituída por vários sinais e sintomas que não são parte da reação normal e situações de perda ou luto. Há diminuição acentuada no interesse e no prazer pelas atividades anteriormente consideradas prazerosas, perda ou aumento significativo de peso, insônia ou hipersônia, agitação ou retardo psicomotor, fadiga ou perda de energia, sentimentos excessivos ou inapropriados de culpa, diminuição na velocidade do pensamento e da concentração e pensamentos de morte e suicídio recorrentes, diante de situações em que não foi possível o estabelecimento de causas orgânicas e não ocorreu perdas de pessoas queridas.

Segundo Aguiar e Caleffi (2005), Bibring em 1953 definiu depressão como uma resposta á injúria narcísica. Enquanto que Cassem e Bernstein, em 1997 propuseram o sentimento misto de derrota e de desesperança (*despondency*) para se referir a tal estado depressivo, uma vez que depressão é um termo já comprometido com critérios diagnósticos definidos nas classificações psiquiátricas atuais. Essa sensação de derrota é o dano psíquico causado na auto-estima do doente e parece ser uma resposta comum em doenças graves, correspondendo ao que Bibring (1953) denominou depressão como uma mistura de desespero, amargura e terror e apresenta o *self* como quebrado, arranhado, arruinado.

Na depressão, o trabalho e os relacionamentos estão ameaçados, e o paciente acredita que parece ser tarde demais para se dedicar a aspirações profissionais ou pessoais. Desapontamento com o que foi e não foi alcançado preocupa o paciente, que pode passar a se

sentir fracassado e desanimado. As preocupações desse tipo se tornam conscientes precocemente, já na fase aguda de uma doença.

Mesmo quando estão confiantes de que não têm um quadro fatal, os pacientes, usualmente se tornam preocupados com algum “defeito” que a doença pode deixar. A incapacidade psicológica é um achado freqüente associado a uma lesão orgânica. A restauração da auto-estima é suficiente para proteger o paciente da manutenção desse estado psicológico. Mesmo quando o corpo não tem chance de melhora, a mente pode ser reabilitada.

Geralmente, os pacientes se tornam muito sensíveis a qualquer alteração no funcionamento do corpo, especialmente quando relacionado ao órgão afetado, apresentando medo de recaída. Na medida em que o paciente se sente aprisionado em um corpo incapaz, psicologicamente também se estabelece uma incapacidade, tornando-o temeroso de sair à rua ou mesmo de se afastar de parentes ou do telefone. Sua vida então, se torna uma indefinida espera, cercada de medos e expectativas.

Na medida em que o tempo vai passando e a dor continua persistindo, passa a surgir no doente, uma preocupação constante e crescente com o seu corpo, o que o leva muitas vezes à hipocondria (Lobato, 1992).

A relação entre dor crônica e depressão de maneira geral é aceita e existem diversos modelos que tentam explicar essa associação. O modelo cognitivo comportamental, que é a modalidade mais reconhecida e indicada pela área médica, talvez pela forma mais objetiva e prática de atuação, admite que, por causa da redução das atividades, que frequentemente acompanha os quadros algicos, sentimentos de perda de prestígio social e de controle da situação ocasionam depressão. No entanto, para a psicanálise, onde o foco de sua atuação está direcionado para o paciente, a questão da depressão é mais estrutural, na medida em que faz parte da estrutura do sujeito e que, nessa circunstância é propensa a desencadear suas

fragilidades, conforme veremos no capítulo 3, quando trataremos da questão da dor, no ponto de vista da psicanálise.

Por outro lado, o indivíduo deprimido, centrado em si mesmo, afastado do convívio social e das atividades laborativas, está mais suscetível a perceber sensações dolorosas que em outras situações não seriam identificadas, ou o seriam com magnitudes diferentes.

A depressão, quando não controlada adequadamente, interfere significativamente na qualidade de vida do doente, considerando que ocasiona maior comprometimento do sono, do humor, do apetite, maior queixa de fadigamento e apreciação negativa da vida e de si mesmo, gerando também, problemas no relacionamento interpessoal. Esses aspectos podem vir a dificultar seriamente o tratamento e levar o doente a aderir menos à terapêutica e à obtenção de resultados pouco satisfatórios no controle do quadro algico.

Um estudo realizado por Pimenta (1995) pesquisou a associação dor e depressão. Foram avaliados 92 doentes oncológicos, divididos nos grupos com dor e sem dor. Os doentes responderam ao *Inventário de Depressão de Beck*. No grupo sem dor, os itens de fadigamento (57,1%), preocupações somáticas (54,3%) e irritabilidade (51,4%) estavam alterados em mais de 50% dos doentes e foram seguidos por anormalidades do sono (45,7%), perda do apetite (45,7%) e choro (42,9%). Sensação de fracasso, punição e isolamento social foi referida por menos de 10% dos doentes e nenhum informou ter tido ideação suicida. No grupo com dor observou-se que os aspectos relativos a preocupações somáticas (91,2%), fadigamento (87,7%), anormalidade do sono (82,5%), inibição para o trabalho (70,1%), perda de apetite (68,4%), humor deprimido (66,7%), irritabilidade (64,9%), choro (57,9%) e perda de satisfação (50,9%) estavam alterados em mais de 50% dos doentes. As alterações depressivas foram em maior número, acometeram maior parcela dos doentes do grupo com dor e apresentaram-se de forma mais intensa do que no grupo sem dor. Sensação de fracasso, punição e isolamento social acomete menos de 10% dos doentes sem dor. Nos doentes com

dor, essa percentagem dobrou ou triplicou. Finalmente, ideação suicida, que não ocorreu nos doentes sem dor, foi referida por (10,5%) dos com dor.

Nesse estudo observou-se correlação positiva entre a intensidade da dor e pontuações mais altas do Inventário de Depressão de Beck, isto é, dor de maior intensidade ocorreu em doentes com mais altas pontuações depressivas. A alta frequência de ocorrência de depressão entre doentes com dor crônica e a devastação que essa associação provoca na vida do indivíduo exigem que todos os profissionais que atuam junto a esses doentes devam estar atentos a essa questão.

Em complementação a essa pesquisa, Figueiró (1999) afirma que estudos também mostram que pacientes com dor crônica têm um número maior de parentes em primeiro grau com depressão, mesmo em pacientes sem história pessoal de depressão. A vulnerabilidade biológica a transtornos afetivos em pacientes com dor crônica também é apoiada por estudos com marcadores biológicos (diminuição da latência da fase REM do sono, diminuição da melatonina plasmática, diminuição da ligação de H-3 imipramina a plaquetas). O autor conclui alegando:

Ao que parece, a depressão não é somente uma condição comórbida, mas interage com a dor crônica aumentando a morbidade e a mortalidade desta. Observa-se que os pacientes com dor crônica e depressão relatam maior intensidade dolorosa, têm menor capacidade de controle de sua vida, maior uso de estratégias passivas e evitativas de enfrentamento, maior interferência nas atividades de vida diária causada pela dor e mais comportamentos dolorosos e doentios. Desse modo, a depressão deve ser tratada de forma prioritária e não apenas entendida como resultado esperado do sofrimento decorrente da cronicidade do sintoma doloroso (p. 145).

Por outro lado, há considerável controvérsia a respeito da extensão e da natureza da relação dor crônica e depressão. Esse fato é abordado por Lobato (1992), que mostra duas revisões, a do brasileiro Zanonato (1987) e a de Magni (1987) fora do Brasil. O autor, analisando seus casos, junto com os da literatura que revisou, chega às seguintes conclusões:

1. Uma alta percentagem de pacientes com dor crônica, vistos em clínicas de dor ou em hospitais, apresenta depressão clinicamente evidente.

2. Um número relativamente elevado de indivíduos com o mesmo problema parece ter antecedentes familiares de depressão ou desordens do espectro depressivo (depressão, alcoolismo e sociopatia).
3. Os marcadores biológicos da depressão mostraram-se variavelmente alterados nas dores crônicas, mas novos estudos são necessários.
4. Há analogias entre o tratamento farmacológico da depressão e o de muitos casos de dor crônica (p. 173- 174).

Esse último ponto tem levado muitos autores a considerar que existe uma superposição de sistemas neuroquímicos, que serviriam simultaneamente como intermediários da modulação da dor e do humor (serotonina, noradrenalina). Por isso, uma anormalidade nesses sistemas poderia alterar o humor e conduzir ao mesmo tempo à experiência de dor (Bond, 1984).

A idéia final exposta por Magni, citada por Lobato (1992), é a de que a dor crônica, sob o aspecto psiquiátrico, não forma um grupo homogêneo e que é muito provável que um dos subgrupos possa ser classificado entre as doenças de espectro depressivo, mas há necessidade de uma melhor caracterização desses doentes.

Num artigo intitulado “As múltiplas faces da depressão em pacientes com dor crônica”, Ranjan Roy (1985, citado por Lobato, 1992) chama a atenção para as dificuldades diagnósticas e deixa uma advertência que parece adequada: “Ainda que muitos casos pareçam ser de doença depressiva, a revisão mais cuidadosa mostra que o humor disfórico em vários pacientes pode ser diretamente atribuído as circunstâncias psicossociais difíceis e o afeto é apropriado” (p. 109- 112).

No Brasil, o diagnóstico de depressão segue os padrões usuais descritos nos textos de psiquiatria, especialmente o Manual Diagnóstico e Estatístico dos Distúrbios Mentais (DMS IV) e o Código Internacional de Doenças (CID 10).

### ***Tratamento Farmacológico das Dores Crônicas***

O tratamento farmacológico aliado aos procedimentos de medicina física pode controlar satisfatoriamente os casos de dor crônica, incluindo as de origem oncológica.

A OMS na busca de opções para o tratamento da dor desenvolveu a Escada Analgésica, descrita na figura 7, como base para o tratamento farmacológico.

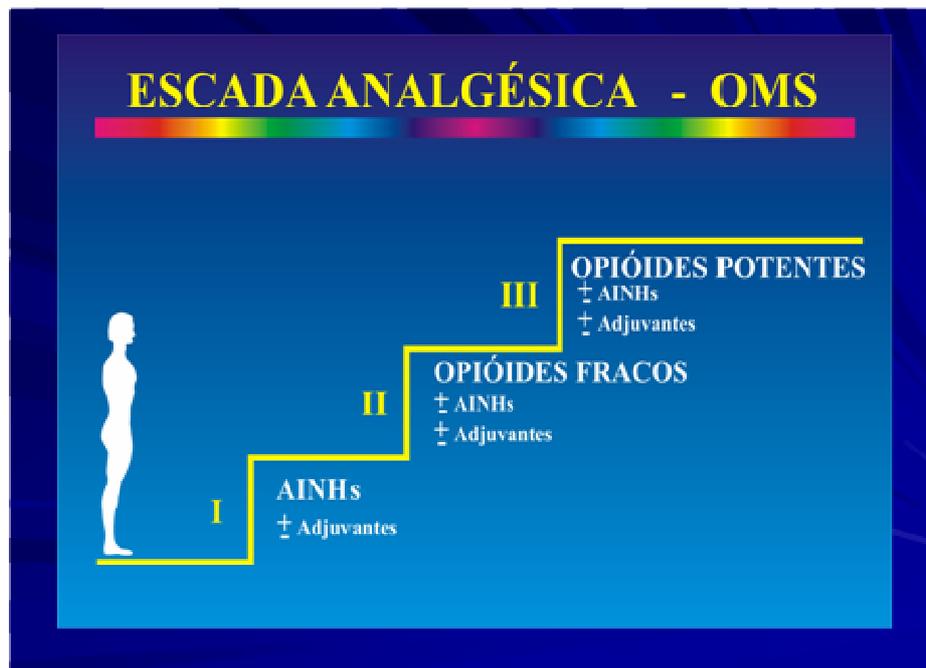


Figura 7. Escala analgésica

A Escada Analgésica clássica (com três degraus) propõe o tratamento farmacológico da dor. Cada degrau apresenta medicações com mecanismos farmacológicos diferenciados e que agem em diferentes pontos do trajeto percorrido pelo estímulo nociceptivo. Por esse motivo, alguns grupos de fármacos são associados nos diferentes níveis e essa associação é denominada analgesia multimodal (Teixeira, 2003).

Recentemente, foi proposto o acréscimo de um degrau à escada analgésica, onde seriam colocados os procedimentos invasivos, como os bloqueios anestésicos e os procedimentos cirúrgicos.

Dentre os fármacos, os AAINHs (Analgésicos Antiinflamatórios Não-Hormonais), associados ou não aos analgésicos morfínicos, corticosteróides, psicotrópicos antidepressivos, neurolépticos, anticonvulsivantes e bloqueadores de receptores hormonais são corretamente empregados para o tratamento da dor (Teixeira, et al. 1999).

Segundo os autores, os analgésicos descritos a seguir, são os mais utilizados no tratamento da dor:

- *Analgésicos Antiinflamatórios Não-Hormonais (AAINH)* - São muito úteis para o tratamento da dor, mesmo quando a origem é oncológica. São inibidores das sistetases das prostaglandinas (ciclo-oxigenase) do que resulta efeito analgésico e antiinflamatório. Há evidências de que antagonizem ou inibam a síntese prostraglandina também no SNC. São especialmente indicados em casos de dor resultantes de lesões osteoarticulares, inflamações e quando há distensão tecidual ou da cápsula de órgãos, como ocorre em casos de traumatismos, isquemias e discinesias de vísceras torácicas e abdominais (AAINHs). Devem ser de baixo custo, fácil aquisição e ser bem conhecido pelo profissional que o prescreveu. A aspirina, a indometacina, a dipirona, o diclofenato, o ácido mefenâmico, o ibuprofeno, o fenoprofeno, o cetoprofeno, o tenoxicam, o naproxeno são os produtos mais utilizados.
- *Analgésicos Morfínicos* - São muito úteis para o tratamento da dor oncológica, dor traumática, dor inflamatória e dor isquêmica, especialmente quando os AAINHs não foram eficazes. O seu uso prolongado deve ser evitado em doentes com dor não-oncológica. Apresentam efeito analgésico, euforizante e ansiolítico. Alguns de seus efeitos podem ser inconvenientes, tais como náuseas, vômitos, prurido, tonturas, síndrome de secreção inadequada de hormônio antidiurético, retenção urinária, xerostomia, depressão respiratória, dependência, sonolência e disforia. Destes, a obstipação intestinal, as náuseas, os vômitos e a disforia são os mais comuns, podendo em muitos casos, impedir a sua administração. A dependência física e psíquica varia de acordo com a droga e com o paciente.
- *Medicamentos Adjuvantes* - Atuam melhorando o rendimento do tratamento analgésico, o comportamento afetivo-motivacional, o apetite e o sono dos doentes com dor. Incluem-se entre eles, os corticosteróides, os antidepressivos, os neurolépticos, os tranqüilizantes menores, os anticonvulsivantes e as anfetaminas.
- *Corticosteróides* - São analgésicos que inibem a liberação de prostaglandinas. Adicionalmente, apresentam efeitos orexígeno e euforizante. São muito eficazes para o controle da dor aguda quando há lesão osteoarticular e de partes moles, como plexos nervosos, invasão neoplásica hepática, compressão da medula espinal por neoplasias e em casos de hipertensão intracraniana.
- *Antidepressivos* - Apresentam efeito analgésico, normalizam o ritmo do sono, melhoram o apetite e estabilizam o humor. A depressão e a dor crônica apresentam em comum à deficiência de serotonina e noradrenalina no SNC. O efeito analgésico dos antidepressivos, diferentemente de sua ação nos distúrbios afetivos, inicia-se dentro de 24 a 48 horas.
- *Neurolépticos* - As fenotiazinas e as butirofenonas são amplamente empregadas para o tratamento da dor, geralmente em associação com os analgésicos e antidepressivos. Apresentam efeito sedativo, analgésico, ansiolítico e antiemético.

- *Anticonvulsivantes e Miorrelaxantes* - Estão indicados para o tratamento da dor paroxística que acompanha as neuropatias periféricas e centrais. Apresentam efeito supressor de circuitos hiperativos na medula espinal e no córtex cerebral, estabilizam as membranas neuronais das vias aferentes dolorosas primárias e exercem psicotrópico.
- *Tranqüilizantes Menores* - Apresentam efeito tranqüilizante e miorrelaxante. São úteis para normalizar o sono em casos de insônia inicial e para o tratamento de espasmo muscular. Seu uso crônico pode, entretanto, resultar em agravamento da síndrome depressiva.
- *Anfetaminas* - A ritalina, a dextroanfetamina e a metanfetamina potencializam o efeito analgésico dos morfínicos, combatem seus efeitos sedativos e apresentam efeito antidepressivo. A tolerância e a dependência se instalam rapidamente com estas drogas. São úteis para o tratamento de doentes oncológicos nas fases terminais (Teixeira et al., 1999, p. 96- 116)

### ***Alternativas de Tratamento Médico para as Dores Crônicas***

Quando o desconforto persiste, depois de esgotadas estas medidas conservadoras, o tratamento cirúrgico pode oferecer opção para a obtenção da analgesia almejada. Dentre os tratamentos cirúrgicos temos os chamados ablativos, quando através de destruição de parte do sistema nervoso, periférico ou central, consegue-se lesões de vias ou centros de modulação, cujo resultante são a analgesia pretendida (Oliveira Jr. 2004).

O médico acrescenta que, os procedimentos ablativos podem causar mudanças locorregionais e a distância no sistema nervoso, acompanhadas por deficiências precoces sensitivas e/ou motoras adicionais, além do efeito analgésico desejado. Depois de períodos de tempo variáveis, os tratamentos ablativos podem deflagrar dores neuropáticas.

O caráter definitivo das lesões realizadas no sistema nervoso pelas cirurgias ablativas para o tratamento da dor se contrapõe à essência da evolução da própria ciência médica, que é incessante e pode trazer tratamentos novos e efetivos para inúmeras afecções que cursam com as dores crônicas.

Outra alternativa consiste no trabalho com método não-ablativo, onde a utilização de sistemas implantáveis para o tratamento da dor crônica se constitui em cirúrgica não-ablativa. Nesses casos, a integridade do sistema nervoso é mantida e os efeitos colaterais eventuais

podem ser controlados com a redução ou abolição da estimulação ou da medicação aplicadas pelos sistemas.

Uma das alternativas cirúrgicas consiste no implante de um “marca-passo” da dor. Assim explica o neurocirurgião Luiz Cláudio Modesto (citado por Neri, 2009) em uma reportagem para o “Jornal Correio Brasiliense” datada de 19 de outubro de 2009:

Colocamos eletrodos em um nervo na proximidade da medula espinhal ou no próprio cérebro. Eles são ligados ao marca-passo, que promove pequenas descargas elétricas, ajudando o tecido nervoso a combater a dor, que é substituída por uma sensação de vibração (<http://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia182/2009/10/19/cienciaesaudef,i=149128/30+DA+POPULACAO+GLOBAL+SOFRE+DE+DOR+CRONICA.shtml>)

Ele observa que alguns pacientes optam e se adaptam bem ao implante de um cateter ligado a uma bomba de morfina, para injetar o medicamento no local lesionado. O especialista lembra que:

Em casos mais específicos, a intervenção consiste na interrupção de feixes de fibras nervosas por meio de pequenas lesões. Essa alternativa interrompe um circuito que está com defeito e causa a dor severa. Cada caso é específico e não existe tratamento único para todos os pacientes. É preciso identificar o que se adequa melhor a cada perfil e às particularidades da doença em cada um (<http://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia182/2009/10/19/cienciaesaudef,i=149128/30+DA+POPULACAO+GLOBAL+SOFRE+DE+DOR+CRONICA.shtml>).

O conhecimento dos aspectos mecânicos das bombas, da farmacologia dos agentes administrados, do diagnóstico correto da dor do paciente, bem como da evolução da doença, é essencial para se obter sucesso no emprego desta técnica.

As bombas intratecais totalmente implantadas, apesar das limitações nos custos, são as que promovem menor incidência de infecções, maior precisão na dose administrada e liberdade e conforto para o paciente.

De acordo com Oliveira Jr. (2004), existem na prática cinco modelos principais de bombas de acordo com o tipo de liberação de droga: fluxo contínuo fixo, mantido pela pressão da expansão de gás; fluxo contínuo fixo mantido pela pressão da recuperação de conformação tridimensional original de membrana artificial antes da presença da droga; fluxo

intermitente, provocada pela pressão mecânica provocada pelo paciente ou pelos cuidadores; e bombas eletrônicas computadorizadas programáveis por telemetria.

O procedimento cirúrgico para implante destas bombas é relativamente simples e seguro, além de não destrutivo, propiciando futuros procedimentos neurocirúrgicos quando necessários. A extremidade do tubo distal à bomba injetora de medicação pode ser acondicionada no espaço subaracnóideo toracolombar, ou ainda no interior do ventrículo lateral (em geral à direita). O pré-operatório inclui exames e definição dos benefícios deste procedimento para o paciente e seus familiares. O intra-operatório ocorre sob anestesia local e sedação, geral ou peridural, ou ainda a combinação destas técnicas. No período pós-operatório, a dose intratecal ótima vai sendo titulada de acordo com o alívio da dor associada a uma redução progressiva da dose sistêmica do opióide.

Considerações devem ser feitas aos pacientes e familiares quanto ao reabastecimento da bomba e aos efeitos colaterais relacionados a estas drogas. As contra-indicações para o uso das bombas intratecais são: infecção, inflamação ou dermatite no local de implante; infecção sistêmica; anormalidades hematológicas e de anticoagulação; anormalidades fisiológicas; distúrbios comportamentais e recusa do paciente. Estes, por sua vez, devem estar cientes das principais complicações possíveis do método: infecção e deiscência da ferida operatória; meningite; higroma espinhal; cefaléia pós-punção; hematoma subdural; problemas mecânicos da bomba; dor à injeção; seromas; efeitos colaterais relacionados às drogas. Estas complicações são raras, mas atenção especial deve ser dada, pois algumas requerem resolução imediata.

O maior problema quando se escolhe a via intratecal (ou subaracnóidea) de administração ocorre quando se têm pacientes já em uso de altas doses de morfina sistêmica, uma vez que a experiência mostra que estes são os que menos se beneficiam com a morfina intratecal (Oliveira Jr., 2004).

### ***Outros Procedimentos Terapêuticos no Tratamento das Dores Crônicas***

Na figura 8 listamos alguns outros procedimentos que, com diferentes graus de efetividade, podem ser úteis no tratamento do paciente com dor crônica. Suas indicações e resultados são encontrados em diferentes textos, como o de Lobato (1992).

Ambiente terapêutico
Comunicação
Hipnose
Técnica de relaxamento
Meditação
<i>Biofeedback</i>
Calor e Frio
Massoterapia
Pressão
Estimação elétrica transcutânea
Acupuntura

Figura 8. Procedimentos não farmacológicos para alívio da dor.

Acreditamos ser importante fazer um breve comentário sobre algumas das técnicas, citadas na figura 8.

A acupuntura é um método terapêutico amplamente utilizado há milênios. Atualmente, a acupuntura clássica, a eletroacupuntura e a acupuntura a *laser* são as mais empregadas. As agulhas de acupuntura promovem a estimulação mecânica de estruturas dérmicas, subdérmicas e musculares.

Também ativa o sistema supressor da dor na medula espinal e no encéfalo, promove analgesia e relaxamento muscular. A acupuntura de alta amplitude e baixa frequência (clássica) tem propriedades aditivas, atua no sistema endorfinérgico e encefalinérgico e induz a liberação de ACTH pelo hipotálamo. A de baixa amplitude e elevada frequência atua em vias noradrenérgicas e serotoninérgicas e não apresenta efeito aditivo. A integridade do sistema nervoso periférico e central e a estimulação das fibras do tipo II do sistema nervoso periférico, que veiculam a sensibilidade proprioceptiva, são condições que melhoram o resultado da acupuntura (Teixeira, et al. 1999).

Não há contra-indicações formais para a acupuntura, exceto a eletroacupuntura em doentes com marca-passos cardíacos de demanda ou com infecções cutâneas. As complicações são raras quando aplicada por profissional adequadamente preparado.

A hipnose é utilizada através de técnicas de relaxamento, distração, dissociação da experiência dolorosa, alteração da sensação dolorosa, transformação da percepção da dor e hipno-analgesia. A percepção da dor também pode ser diminuída através do fornecimento de informações sobre as relações existentes entre emoções, estresse e fisiologia da dor, e através do uso da sugestão, instruções diretivas para interromper padrões negativos de pensamento, o que eleva a autoestima e torna o paciente participativo ativo do tratamento (Perissinotti, 2009).

A hipnose é especialmente indicada para crianças. Nos últimos anos, as técnicas de hipnose e auto-hipnose têm sido aplicadas em doentes com dor músculo-esquelética crônica, com resultados promissores. Os pacientes aprendem as técnicas de auto-hipnose e relaxamento e as aplicam no domicílio.

As técnicas de relaxamento são muito utilizadas no tratamento da dor, tanto em sua forma crônica quanto aguda, isoladamente ou em conjunto com outras técnicas, como o biofeedback. Várias formas de relaxamento têm sido empregadas e seus efeitos têm sido

avaliados em diversas síndromes de dor crônica como enxaqueca e dor músculo-facial, com resultados favoráveis à eficácia da técnica (Turner & Chapman, 1982, citado por Murta, 1999). Elas proporcionam grande conforto, além da melhora da dor, reduzem a ansiedade e geram sensação de descanso e de bem-estar físico e mental.

Outra técnica bastante utilizada atualmente refere-se ao uso do biofeedback, que teve início na década de 70 e se baseia nos pressupostos de que a dor possui respostas fisiológicas subjacentes e que a pessoa pode aprender a prestar atenção, discriminar e controlar tais respostas ao ser informada ou ao receber *feedback* sobre tais respostas (Malerbi, Matos & Malerbi, 1995, citado por Murta, 1999). Respostas biológicas (como ondas cerebrais, taxa cardíaca, pressão sanguínea e tensão muscular) são detectadas, amplificadas e processadas por meio de equipamentos eletrônicos e são retroalimentadas para o paciente. À medida que essas respostas corporais são conhecidas pelo paciente, este é ensinado a controlá-las, por exemplo, pelo relaxamento.

Segundo (Adams, Iezzi & Kern Jr., 1988; Melzack & Wall, 1982; Turner & Chapman, 1982, citados por Murta, 1999, p. 189) existem quatro tipos de biofeedback empregados em síndromes de dor crônica:

1. Feedback do eletroencefalograma para auxiliar o paciente a produzir atividade cerebral alfa, incompatível com a dor;
2. Feedback para a temperatura da pele, para aumentar a temperatura em pacientes com enxaqueca;
3. Feedback sobre o volume sanguíneo cefálico, para reduzir a pressão sanguínea na artéria temporal cefálica em pacientes com enxaqueca;
4. Feedback sobre a atividade elétrica muscular, para reduzir a tensão muscular.

Bio-Neurofeedback é a modalidade de manejo das condições psicofisiológicas habitualmente fora do controle voluntário, que passam a ser controladas conscientemente através do uso de equipamentos de registro das funções. O paciente passa a fazer algo por si mesmo, saindo do papel passivo. O emprego da técnica isoladamente dos aspectos integrados aos processos psicoterápicos deixa de fornecer benefícios fundamentais da associação dor-

sensação-emoção, ou seja, nocicepção, sofrimento e comportamento doloroso, sendo elemento chave das terapias cognitivo comportamentais e da hipnose. Gradualmente, com o seu uso, a aprendizagem é aplicada independentemente da presença do profissional de saúde (Andrasik, Flor & Perissinotti, 2009).

A eficácia dessa técnica tem sido demonstrada, principalmente, na redução da enxaqueca. Seu uso associado ao relaxamento parece ser mais eficaz. Há indicativos de que a aplicação isolada do relaxamento apresenta resultados compatíveis aos apresentados pelo biofeedback, sendo que o primeiro possui as vantagens de poder ser ensinado em grupos e exigir menor custo econômico (Turner & Chapman, 1982, citado por Murta, 1999).

### ***1.3 Comportamento de Dor***

Diante da dor, normalmente utilizamos o nosso comportamento para demonstrar o sofrimento: gemer, queixar-se, lamuriar-se, executar determinados gestos ou assumir determinadas posições em busca da melhora da dor. Essa conduta, que é usual, serve para transmitir o que o doente está sentindo e para solicitar ajuda. A exibição desse comportamento na ausência de dor é anormal e constitui o “comportamento de dor crônica”.

Segundo Chapman e Bonica (1983, citado por Lobato, 1992), o comportamento de dor crônica pode ser um reflexo e um símbolo de sofrimento experimentado pelo doente em outras áreas da sua vida, tal como a perda de um ou mais entes queridos, situações existenciais difíceis, desajuste profissional, responsabilidades sociais pesadas, discórdia conjugal, etc.

Essa relação está representada na figura 9, retirada do trabalho dos autores acima citados. Na coluna da esquerda, aparecem algumas características pessoais que associadas a um evento somático podem, a partir de um dado momento, iniciar um comportamento de dor.

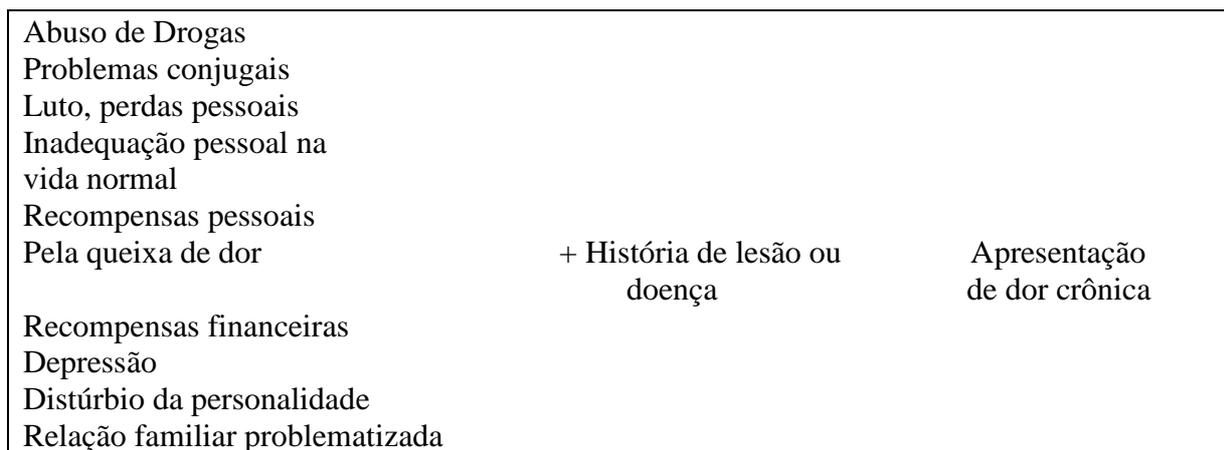


Figura 9. Fatores envolvidos na apresentação da dor.

Hackett (1985, citado por Lobato, 1992) que considera ser a dor crônica uma dor psicogênica, considera que o reconhecimento do problema pode ser facilitado quando se avalia o doente pela *Escala de Madison*:

Trata-se de uma acrossemia, em que as letras da palavra são as iniciais de sete características do comportamento, cada uma, recebendo um valor de 0 a 4. Quanto maior o escore, tanto mais é a dor influenciada por fatores psicológicos, conforme os itens abaixo relacionados.

- m (multiplicidade). As dores localizam-se em múltiplos lugares, são de qualidades diferentes ou se substituem no tempo.
- a (autenticidade). Ao paciente interessa mais ser acreditado que curado.
- d (denegação). O paciente nega problemas emocionais e enfatiza a harmonia em todos os aspectos da sua vida. Quando admite ansiedade ou depressão, nega a relação desses afetos com a dor.
- i (interpessoais). Refere-se às relações interpessoais e à presença ou simplesmente a citação do nome de uma pessoa cujo relacionamento com o doente esteja carregado de afeto desperta dor ou gesticulação sugestiva.
- s (singularidade). A dor do paciente é única e ele é um ser sem par, pois nunca viu ou ouviu falar de alguém que tivesse uma dor igual à sua.
- o (*only you*). É a mais perigosa das características em termos de relação médico-paciente. Se expressa na frase: “Só o senhor pode me ajudar, doutor”.
- n (nada ajuda). Nada muda, significando que a dor é constante, sempre igual, irremediável. Quando o paciente é questionado sobre a continuidade do uso do medicamento, ele responde vagamente: “algo é melhor que nada” (Lobato, 1992, p. 171).

De acordo com Hackett, quando a Escala Madison for maior que 15, alguma ajuda psiquiátrica deve ser considerada para o paciente.

Especificamente no capítulo 3, trataremos do posicionamento da psicanálise, diante do comportamento de dor.

#### ***1.4 Dor “Real” versus Dor “Psíquica”***

Nos diversos comportamentos apresentados pelo paciente com queixa de dor, pode ser visto como um falso dilema: “se o paciente se queixa de dor, há dor, com a única exceção dos simuladores” (Aguiar & Caleffi, 2001, p. 690). O simulador é aquele que mente conscientemente. Ele não está sentindo dor, sabe disso, apenas inventa uma falsa informação, em geral, com o objetivo de obter algum ganho do tipo imediato, financeiro ou outro. Nos demais casos, a pessoa que se queixa de dor está realmente percebendo uma sensação desagradável que identifica como dor, seja conversiva, hipocondríaca, alucinatória ou por uma lesão tecidual em sua origem.

O que varia é o percentual de fatores psicológicos e orgânicos na gênese e manutenção da dor. A figura 10, que tem como fonte France e Krishnan (1988), modificado por Aguiar e Caleffi (2001), mostra na coluna mais a esquerda, as situações clínicas nas quais há predominância de fatores orgânicos na gênese da dor; na coluna da direita, os fatores psicológicos são predominantes ou exclusivos. No meio, há equilíbrio entre os fatores. A linha diagonal que separa o campo psicológico do orgânico enfatiza que os fatores psicológicos estão sempre presentes, mesmo nos quadros predominantemente orgânicos, enquanto os fatores orgânicos podem estar ausentes em quadros exclusivamente psiquiátricos com queixa de dor.

ORGÂNICOS		PSICOLÓGICOS
Neuropatias periféricas	Dores nas costas e cervicobraquialgias	Transtorno do humor depressivo
Neuragia do trigêmeo	Lombar	Transtorno conversivo
Câncer	Miofascial	Transtornos somatomorfos
Síndrome talâmica	Têmporo-mandibular	Demência
Dor central	Cefaléias	Transtorno de ansiedade generalizada
Deaferentação (membro fantasma, p. ex.)	Pélvica crônica	
Artrite	Facial atípica	

Figura 10. Classificação baseada nos fatores etiológicos predominantes em dor crônica.

### ***1.5 Mecanismos de defesa e procedimentos psicossociais envolvendo a Dor***

A literatura identifica vários mecanismos de defesa em pacientes com comportamento doloroso. Entre eles, destacamos os citados por Aguiar e Caleffi (2005, p. 696- 697), que através de seus estudos e citações de pesquisadores da área, consideram os seguintes mecanismos:

- *Conversão*: há um caráter simbólico predominante na gênese e manutenção da dor; é um mecanismo característico do tipo psicogênico de dor.
- *Narcisismo*: alguns pacientes tentam se proteger em um mundo imaginário de invulnerabilidade e poder, de forma a evitar sentimentos quase insuportáveis de desamparo. Muitas vezes, essas pessoas são extremamente preocupadas com o sucesso. Ser bem sucedido é um campo no qual alguém pode construir suas próprias habilidades, ganhando assim, um sentimento de autonomia, estabilidade, força e autoconfiança. Porém, a construção prova ser frágil se a eficiência da pessoa é subitamente diminuída por uma lesão física ou doença e se ela se torna dependente da ajuda de outro. Isso pode levar a uma reativação dos sentimentos infantis de desamparo e a uma conseqüente crise psicossocial.

- *Estados de tensão psicovegetativos*: em geral, sensações físicas acontecem junto com emoções, sendo chamadas de correlatos emocionais. Porém, quando o desenvolvimento e a diferenciação das emoções inatas em sentimentos psicologicamente percebidos não transcorrem com sucesso durante os primeiros anos de formação da personalidade, é possível que os sintomas físicos apareçam dissociados da experiência emocional; o indivíduo então, não consegue trazê-los em conexão com os processos mentais.
- *Negação*: Fernandez e Turk concluíram que as pesquisas tradicionalmente têm focado mais a ansiedade e a depressão associadas à dor crônica porque a maioria desses pacientes encobre sentimentos, especialmente de raiva, por meio do mecanismo de defesa inconsciente da negação. A raiva, por sua vez, é fortemente relacionada à depressão e à dor crônica. Com a negação, a comunicação dos impulsos agressivos fica mascarada e é mais dificilmente percebida pelo examinador.
- A dor também pode funcionar como um mecanismo de defesa contra uma dor psíquica inconscientemente considerada insuportável pelo paciente. Essa situação é detectada quando se percebe, na história, uma correlação cronológica entre algum evento importante de vida e o início ou alteração de um quadro de dor. Situações de vida desse tipo podem ser a perda de uma pessoa afetivamente importante, de uma situação financeira instável ou ainda da própria saúde física.

A partir da análise desses mecanismos, podemos perceber que, o tratamento da dor em condições aguda e, principalmente, crônica demanda, por parte do paciente, reaprendizado e reabilitação, além do tratamento somático.

Perissinotti (2009) diz que não existe proporção linear entre a estimulação nociceptiva na periferia e a presença ou intensidade da dor percebida, do mesmo modo que entre a presença e/ou intensidade da dor e as respostas dolorosas ou comportamentos doentios.

Considerando esses aspectos, acreditamos que os procedimentos psicossociais têm um papel de grande importância no tratamento da dor, e os profissionais envolvidos podem contribuir tanto nas avaliações como nas terapêuticas instituídas.

O trabalho realizado pelas equipes das Clínicas de Dor consiste na reabilitação e reintegração funcional do paciente, dos familiares e cuidadores; na identificação e tratamento dos fatores psicossociais, intrapsíquicos, relacionais, psiquiátricos e comportamentais que influenciam a natureza, a gravidade e persistência da dor, doença de base, incapacidades, sofrimento, estresse associado ao tanto que contribui para a modificação das formas de enfrentamento, redução dos comportamentos dolorosos e doentios, ganhos e déficits funcionais.

É fundamental que possam exercer atitudes encorajadoras sobre os pacientes e as pessoas com as quais eles convivem. O esclarecimento das situações reduz as incertezas e permite melhor aderência ao tratamento, como também, maior confiança nas condutas propostas.

Os profissionais da área médica, afirmam que pacientes com psicopatias necessitam de acompanhamento psiquiátrico, mas reconhecem, de forma cada vez mais crescente, que os métodos psicoterápicos podem ser muito úteis nos casos em que as alterações afetivas forem de grande magnitude e não passíveis de controle com os fármacos adjuvantes e com as entrevistas com os membros da equipe de tratamento da dor.

Na visão desses profissionais, as técnicas de psicoterapia têm a finalidade de induzir os pacientes a aceitar a doença, encorajá-los a ter vida emocional normal e a ter objetivos de vida, mesmo que limitados.

Eles acreditam que as psicoterapias aplicadas ao paciente com dor, conforme falamos anteriormente, voltadas para área comportamental, visam principalmente, ensinar e fornecer informações relacionadas ao problema, gerando alteração das crenças e modificações dos comportamentos disfuncionais, redução das evitações, das incapacidades e sofrimentos, alteração da percepção da dor, tratamento das descompensações mentais como depressão e ansiedade, modificação das fantasias e dos temores infundados, redução da agressividade, da hostilidade e dos conflitos do paciente com a equipe de saúde e sua família, ou com os acompanhantes significativos, redução do desconforto familiar, redução da possibilidade de autoagressões e suicídios e das recidivas (Perissinotti, Figueiró & Fortes, 2001).

Como complementa Perissinotti (2009):

As intervenções psicológicas e psicoterápicas são métodos não-invasivos e representam risco mínimo ao doente, mas exigem seu envolvimento ativo. Demandam mais tempo do paciente e do profissional de saúde e prevêm o estabelecimento formal e estruturado de contrato de trabalho (p. 206).

Nessa perspectiva, também consideram como referência, a verificação da presença de estressores e gatilhos desencadeadores de dor, avaliando a relevância dos fatores psicossociais, intrapsíquicos, relacionais e comportamentais na origem, gravidade e manutenção da dor, incapacidades e comportamentos dolorosos disfuncionais. Faz-se necessário um levantamento de dados relevantes da história biopsicossocial, reconhecendo os reforçadores sociais mantenedores de dor e incapacidades, verificando como a dor afeta a vida, identificando os fatores pessoais, culturais e do ambiente, que podem influenciar o significado que se atribui à dor, uma vez que, o conteúdo idiossincrásico a ela atribuído corrobora para o incremento de inúmeras situações nefastas.

Nesse contexto, os estudiosos dessa área concluem que, a experiência dolorosa é, portanto, resultado da inter-relação entre a interpretação das qualidades sensoriais com os componentes afetivos, cognitivos, comportamentais com as reações fisiológicas que se expressam ante a estimulação ou disfunção do sistema nociceptivo.

A interpretação do fenômeno é individual. O indivíduo atribui significados idiossincrásicos ao fenômeno sensorial de acordo com o estado mental e o valor simbólico imaginário que representa.

Os comportamentos são determinados pelo significado e não pela natureza ou intensidade de determinantes físicos, psíquicos, ambientais e socioculturais. Para sua expressão, ocorrem alterações orgânicas e respostas emocionais de negação, ansiedade, raiva, depressão, impotência, desamparo, dependência, necessidade de proteção e desesperança. A confluência desses fatores determina o colorido particular das experiências dolorosas e influencia a adoção de atitudes e os resultados dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos e as conseqüências biológicas, psicológicas, sociais, comportamentais e ambientes de sofrimento.

Podemos então concluir, que a medicina não desconhece os aspectos subjetivos e psicológicos envolvidos na dor e que, a psicologia tem encontrado um amplo campo de atuação nessa área, conforme vamos descrever no capítulo seguinte.

## Capítulo 2

### A Dor sob a Ótica da Psicologia

As abordagens psicológicas têm tido grande impacto no entendimento e no tratamento da dor crônica. A dor é comunicada através de comportamentos ou condutas que geram reações do ambiente e os fatores psicológicos têm um papel relevante na percepção dolorosa e nas reações à dor.

Neste capítulo, apresentamos a dor sob a ótica da psicologia através de uma visão mais comportamental, por ser essa a modalidade mais reconhecida e indicada pela área médica, onde o foco do trabalho desenvolvido está na dimensão da dor, sendo sua atuação conduzida de uma forma mais objetiva e prática, o que reforça essa aceitação da área médica.

O trabalho desenvolvido pelos psicólogos nos Centros de Tratamento da Dor, na sua maioria respaldados pela área comportamental, visa à reabilitação, a reintegração e a reinserção do paciente nos papéis funcionais previamente desempenhados em sua vida diária ou, quando isso não é possível, a sua reorientação para novas atividades.

O processo de acompanhamento tem como objetivo alcançar um melhor ajustamento nos aspectos relacionais, da personalidade, objetivos de vida e buscar reintegração que incorpore a experiência dolorosa em seu repertório vivencial; oferecer apoio psicológico nas situações de estresse, aumentando a participação ativa e a cooperação em seu tratamento.

À medida que o paciente, por meio do acompanhamento psicológico, resignifica sua experiência de sofrimento e desenvolve novos hábitos e comportamentos, a dor interfere menos no seu cotidiano. O indivíduo passa a utilizar-se de estratégias de enfrentamento para minimizar, combater ou manter sob controle o quadro algico (Loduca, 1999).

## ***2.1 Métodos Psicoterápicos e sua Aplicação no Contexto de Dor***

Através de conversas com profissionais da área de psicologia, identificamos que, na prática, a escolha e adequação das medidas psicoterápicas dependem dos objetivos de sua aplicação, se dor aguda ou crônica, dos riscos das intervenções médicas ou suas combinações, da melhor probabilidade de sucesso de sua aplicação em longo prazo, da capacidade e do benefício que será obtido, da natureza de cada caso e das habilidades e formação do profissional envolvido.

Quando um profissional realiza uma avaliação sobre a forma como a dor incidiu no cotidiano do indivíduo e de que maneira ele está convivendo com o processo, precisa considerar que há aspectos emocionais, ambientais e sociais que definem a queixa de dor do paciente e o grau de dramaticidade do seu sofrimento (Engel, 1959; Bond, 1986; Bonica, 1990; Sternbach, 1990 citados por Loduca, 1999).

Estudos envolvendo essa temática, tendo principalmente como referência, o *Core Curriculum*, estabelecido pela IASP (Fields, 1995, citado por Loduca, 1999), que é voltado para psicólogos e psiquiatras com atuação na área de dor, identificam uma série de elementos que, associados ao estímulo nociceptivo, interferem na experiência subjetiva da dor e merecem ser investigados:

1. *Aprendizagem e experiências na infância* - à medida que a criança acumula experiências pessoais ou observa os outros, principalmente a família, vai construindo, gradualmente, um repertório de comportamentos e reações à dor que, mais tarde, será modificado e moldado por fatores mais genéricos do ambiente e da cultura.
2. *Cultura* - a interferência de diferenças culturais na tolerância de um indivíduo à dor tem sido um tema repetidamente estudado pela literatura, considerando que as normas socioculturais podem condicionar padrões de comportamento que o indivíduo utiliza para responder às diversas situações da vida.
3. *Ambiente familiar e social* - o ambiente próximo ao paciente também tem papel importante na expressão individual da dor. É comum o paciente de dor crônica apresentar comportamentos de dor que envolvem alteração da atividade motora, expressão facial, gesticulações, posturas e articulação da fala, recursos dos quais o doente, muitas vezes, faz uso de modo dramático para expressar a dor. A manutenção desses comportamentos depende dos reforços recebidos do ambiente externo, que podem contribuir para que eles permaneçam mesmo quando não estão sentindo dor ou a intensidade situa-se num limiar suportável. De forma mais ampla, o comportamento de dor pode ser reflexo e símbolo do

sofrimento experienciado pelo doente em outras áreas de sua vida: perda de um ente querido, situações existenciais difíceis, conflitos familiares, etc.

4. *História da moléstia atual* - a forma como a dor apareceu na vida do indivíduo, qual o significado adquirido no seu cotidiano: afastamento do trabalho, perda parcial da capacidade física, conflitos interpessoais, etc.; a consciência sobre o diagnóstico e prognóstico; experiências anteriores pessoais ou familiares com situações de adoecimento, bem como os tratamentos passados também interferem na expressão e tolerância ao quadro algico.
5. *Estrutura de personalidade* - muitos autores assinalam que a personalidade tem papel determinante no modo como um paciente lida com um quadro algico crônico. Alguns pacientes condicionam sua existência a sentir dor e estar sofrendo e passam a viver em função da dor e dos tratamentos recorrentes.
6. *Corpo* - a imagem corporal, ou a percepção, que o indivíduo tem da estrutura e função do seu corpo é abalada quando alguém apresenta sintomas físicos. Uma doença pode provocar a reificação da parte do corpo afetada, que passa a ser considerada como uma coisa estranha ao organismo e, assim, o indivíduo acaba depreciando esse corpo doente, considerando-o fraco ou inútil.
7. *Sistema de crenças* - é importante refletir sobre como as crenças sociais, científicas e religiosas contribuem para a visão individual de conceitos como saúde, doença, adoecimento, corpo e sofrimento, fundamentais para compreender a forma como o indivíduo convive com o sofrimento algico (Loduca, 1999, p. 209- 211).

De uma forma geral, podemos perceber que esse conjunto de elementos aponta para a necessidade de se conhecer os aspectos contextuais pelos quais a expressão e a possibilidade de controle do sofrimento são construídas.

## **2.2 Uma Experiência de Diagnóstico Psicológico na Dor Crônica**

Acreditamos que, um dos pontos fundamentais para o desenvolvimento do processo de acompanhamento psicológico, refere-se ao diagnóstico, que irá fornecer dispositivos e indicadores para a condução do tratamento e suas formas de intervenção.

A partir de sua vivência profissional, Loduca (1999, p. 212), afirma que na avaliação psicológica dos pacientes, alguns pontos merecem ser averiguados:

- *Auto-imagem*: qual a percepção que o indivíduo tem de si mesmo, averiguando sua auto-estima e consciência corporal.
- *Cotidiano*: avaliar interferências que ocorrem no dia-a-dia do paciente em diferentes áreas: social, lazer e trabalho.
- *Pensamento*: averiguar se as idéias, crenças, expectativas e fantasias apresentam outros focos além da dor ou se estão totalmente calcados no sofrimento algico em detrimento de outros interesses.

- *Afetividade*: como o indivíduo se relaciona com os outros e consigo mesmo, quais emoções prevalecem: ansiedade, depressão, sentimentos de raiva, frustração, etc.
- *Projeto de vida*: perspectivas, motivações e interesses que impulsionam a vida do paciente.

A autora, psicóloga, acrescenta que, no trabalho que realiza no Centro de Dor do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP) trabalha com alguns recursos como elementos coadjuvantes nas entrevistas iniciais. São eles:

- *Questionário de auto-avaliação da dor*<sup>2</sup>: perguntas agrupadas em três tópicos- dados de identificação, mudanças no cotidiano e história da moléstia atual e conseqüências – tem o objetivo de caracterizar o convívio do indivíduo com a dor.
- *Desenho da dor*: solicita-se ao paciente que imagine que a sua dor tem uma forma e, em seguida, pede-se que tente desenhá-la em uma folha de papel. Lápis de cor, lápis grafite e canetas hidrográficas coloridos são oferecidos para confecção do desenho<sup>3</sup>. É importante lembrar ao indivíduo que não existe certo ou errado. Após a confecção do desenho, segue-se um inquérito elaborado com o intuito de qualificar o sofrimento atribuído ao quadro de dor.
- *Rotina diária*: O material<sup>4</sup> é destinado a identificar de que forma a dor interfere no cotidiano do paciente. Solicita-se que ele descreva brevemente as atividades desenvolvidas durante a semana, procurando também identificar como estava o seu humor. Além disso, é agregada a Escala Numérica (Numerical Rating Scale)<sup>5</sup>, por

---

<sup>2</sup> O questionário foi elaborado segundo informações da literatura mundial sobre o tema e de acordo com a experiência clínica da autora.

<sup>3</sup> O trabalho foi desenvolvido pela autora e apresentado no II Simpósio Dor, realizado em São Paulo sob a forma de pôster.

<sup>4</sup> O material foi proposto com base no registro de dor elaborado pela Terapia Comportamental Cognitiva com algumas adaptações realizadas a partir da experiência clínica da autora.

<sup>5</sup> Paul Karoly e Mark P. Jensen. *Multimethod Assessment of Chronic Pain*, p. 46.

meio da qual o paciente deve dar uma nota para a intensidade da sua dor, entre 0 e 10 (0= sem dor e 10= dor insuportável) para cada dia da semana. Pretende-se localizar o quanto a dor varia ou não durante a semana e se há fatores externos (esforço físico, mudança de temperatura, etc) e internos (estado emocional, expectativas, motivações, etc), que podem interferir na percepção da dor.

- *Escala de Ansiedade e Depressão para Hospital Geral* (Hospital Anxiety and Depression, HAD)<sup>6</sup> utiliza-se essa escala para averiguar a presença de sintomas de ansiedade ou depressão nos pacientes portadores de quadros algícos crônicos. Ela reúne quatorze questões múltipla escolha e é composta de duas escalas: uma para a ansiedade e outra para depressão, com sete itens cada uma. A pontuação global em cada escala varia de 0 a 21 pontos, sendo considerada significativa qualquer pontuação acima de 8. Solicita-se aos pacientes que preencham a escala em casa, de uma só vez, baseados em como se sentiram durante a última semana.
- *Lista de incômodos*: o paciente descreve até vinte situações que lhe provoquem medo, preocupação ou aborrecimento, procurando dar uma nota de 0 a 100 para o quanto cada uma o incomoda. Esse exercício ilustra como o indivíduo elege suas preocupações e o quanto apresenta habilidades para contornar os problemas levantados. De quanto menos recursos ele dispõe para lidar com as situações que mais o incomodam maior a probabilidade de se elevar a sensação de impotência, frustração e tensão, favorecendo o aumento da percepção da dor.

Esses recursos têm sido empregados para favorecer a identificação do significado que os quadros algícos benignos assumiram na história de vida de cada paciente. O uso de todos

---

<sup>6</sup> Esta escala foi desenvolvida no Reino Unido com o intuito de avaliar a presença de graus leves de transtornos afetivos (ansiedade e depressão) em pacientes não psiquiátricos, internados em hospitais gerais. Foi validada para o Brasil por Neury J. Botega *et al.*, Revista Saúde Pública, 29 (5), 1995, pp.355-65.

ou de alguns desses materiais tem variado conforme a história pessoal de cada sofredor e da solicitação da equipe do Serviço de Dor.

Complementando a importância do diagnóstico e dos métodos psicológicos em dor, relacionamos abaixo, um trabalho desenvolvido pela psicóloga Dirce Perissinotti em sua Dissertação de Mestrado na Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo (2001), apresentado no 9º SIMBIDOR (2009), em que a autora desenvolveu o que denomina uma lista de diagnósticos psicológicos destinados ao rastreio da população de doentes com dor crônica, estabelecida com o objetivo de operacionalizar as condições psíquicas dos indivíduos. A partir dos dados trabalhados, ela concluiu que, geralmente, opta-se pela condição que melhor retrata a situação vivencial do paciente. A lista, dividida em categorias, foi assim distribuída:

1- Categorias psicológicas relacionadas a condições estruturais

- *Relacionadas às funções/processos mentais:* consciência; atenção; orientação; auto/alop síquica; memória; afetividade (humor); inteligência; percepção; pensamento; vontade
- *Relacionadas à formação e à dinâmica de personalidade:* transtorno mental orgânico (demências); neurose; psicose; transtorno de personalidade e de comportamento (perversão); deficiência mental; comportamentais das adições químicas psicoativas.
- *Motoras e sensitivas*

2- Categorias psicológicas relacionadas a condições reativas

- *Estados de/com:* angústia; ansiedade; estresse; depressivos; repercussão nas funções/processos mentais
- *Dispositivos psicológicos adaptativos:* ineficácia dos mecanismos de defesa do ego; conteúdos da fantasia se sobrepondo aos dos princípios de realidade; desrealização/despersonalização; problemas relativos à autoestima; ineficácia no manejo dos excessos de *inputs* de estímulos e dificuldade para conciliar as incongruências
- *Problemas relativos à adesão aos tratamentos (atuais e/ou anteriores):* abuso ou evitamento da medicação e/ou substâncias psicoativas utilizadas no tratamento padrão; evitamento das responsabilidades em casa, no trabalho, e/ou quanto ao tratamento; excessiva preocupação com sintomas somáticos; problemas na dinâmica familiar decorrentes do estado de doença; estrutura de raciocínio decorrente de restrição intelectual favorecendo o rebaixamento do juízo crítico, além dos emocionais e afetivos (Perissinotti, 2009, p. 206-207).

Sabemos que a dor crônica pode imprimir efeitos devastadores nas diversas áreas da vida do paciente e dos acompanhantes mais próximos. A psicóloga mostra no seu trabalho, que a avaliação poderá indicar estratégias psicoterapêuticas que reduzam disfunções, incapacidades e a própria percepção da dor. As primeiras focalizam os comportamentos desadaptativos e doentios e baseiam-se na premissa de que alterações desses comportamentos levam a alterações da experiência pessoal e da doença. Na prática, não há uma única modalidade de psicoterapia útil, que funcione isoladamente.

Em relação à condução do processo terapêutico, a partir do diagnóstico, os parâmetros de intervenções são definidos por cada profissional, de acordo com sua linha de atuação. A seguir, relacionamos as modalidades mais conhecidas.

A psicoterapia cognitiva comportamental tem sido bastante utilizada para o tratamento da dor, consiste em um conjunto de métodos destinados a auxiliar o indivíduo a modificar o comportamento, seja ele sadio, doentio ou doloroso, ou as atitudes relacionadas com a dor. A meta final é a reestruturação cognitiva, definida como mudança básica nas perspectivas de vida, nas atitudes, nas crenças, nas reações emocionais e nos comportamentos relacionados a diferentes aspectos da vida (Knapp & Beck, 2008, citado por Perissinotti, 1999).

Outra modalidade refere-se à psicoterapia psicodinâmica, que utiliza o referencial teórico da psicanálise, objetiva a análise e reorganização dos sentimentos e pensamentos através do *insight*. Baseia-se em premissas de que a realidade vivida é subdividida em realidade interna- processos inconscientes determinantes dos comportamentos humanos – e fenômenos psíquicos que seguem leis inconscientes passíveis de modificação, através do contato com essas imagens, tornando-as mais conscientes (Foguel, 2000). A resolução dos problemas psíquicos, ou sociais, associados ao sintoma, ou o desejo do paciente de conseguir assumir e resolver seus problemas, são fundamentais para o sucesso desse tratamento.

Existem também, as psicoterapias grupais com ênfase em programas pseudoeducativos, que têm sido utilizadas com os seguintes objetivos: criar espaço para o componente educacional do programa de controle da dor, aumentar a consciência de aspectos psicológicos fundamentais de seu tratamento e criar contexto no qual atitudes mais saudáveis de enfrentamento sejam modeladas pelos próprios componentes do grupo.

Finalmente, observamos, através das vivências e dos contatos estabelecidos ao longo do presente estudo, que, apesar da predominância da área comportamental, existe abertura, credibilidade e respeito pelos profissionais que trabalham com a psicanálise, onde identificamos pessoas que desenvolvem excelentes trabalhos voltados para o estudo da dor, sendo alguns premiados e reconhecidos na área médica, como é o caso de Elaine Foguel, psicanalista que atua em Salvador (BA) e contribuiu ativamente com o nosso trabalho.

### Capítulo 3

#### A Dor no Ponto de Vista da Psicanálise

Conforme anunciamos anteriormente, a dor é definida como uma experiência desagradável, proveniente de lesão no tecido, contusão ou estado anômalo do organismo ou de parte dele. Dessa forma, trata-se de um sofrimento físico, ou seja, de um afeto que reflete no corpo.

A dor é particularmente difícil de ser conceituada, por suas naturais implicações com outros termos – como sofrimento, aflição, tristeza, angústia, mágoa, depressão, ineficácia da palavra – de conteúdos somáticos muito próximos, além da dor ou sofrimento moral, distinção que contribui para que o fenômeno da dor ultrapasse em muito uma concepção meramente neurofisiológica. Como comenta Roudinesco (2000), o sofrimento psíquico manifesta-se atualmente sob a forma da depressão e da dor.

Compreende-se assim, a extensão do campo da dor e porque atualmente constata-se, cada vez mais, ser necessário incrementar a pesquisa psicanalítica para situar, psiquicamente, a experiência dolorosa.

De acordo com Volich (1999), as diferentes definições encontradas revelam como traços comuns, a natureza sensorial, a qualidade desprazerosa e o caráter subjetivo da dor, bem como a tentativa de situar a marca distintiva entre sua experiência física ou moral, existindo ou não uma lesão real do organismo.

A impossibilidade de traduzir a dor, devido à limitação da linguagem, a descrição da sintomatologia e a busca de credibilidade por parte da pessoa que sofre com a dor, muitas vezes faz com que a experiência pessoal seja complexa e frustrante, comprometendo todo um projeto de vida. São histórias sofridas, de perdas e prazeres abdicados, que se refletem no

corpo. Conforme comentário de Calligaris (2001), como se o corpo doído fosse o resultado metafórico da surra que levaram da vida.

A dor parece ter um vocabulário próprio, que no ser humano, multiplica-se em experiências, vivências e representações que muitas vezes escapam de uma avaliação objetiva. Frequentemente observamos que os profissionais da área de saúde tendem a se perder diante da angústia e do sofrimento do paciente e tentam objetivar seu discurso para caracterizar o quadro álgico.

Na própria anamnese a pergunta “onde dói?” orienta o raciocínio clínico para certa região do corpo do paciente, que muitas vezes, para a decepção do médico, nada tem a apresentar para justificar o sofrimento do qual aquele se queixa. Podemos pensar que, se a dor do paciente é uma experiência, muitas vezes, desconcertante para o médico, pode ser porque lhe é difícil formular as questões além dos parâmetros objetivos de mensuração da dor, para compreender do que, afinal, sofre o paciente.

Para estabelecer uma comunicação os médicos buscam escalas e questionários, além de exames e testes, para identificar e mensurar a experiência dolorosa. Usualmente, utilizam expressões como: “dê uma nota de zero a dez para a sua dor”, “descreva como é a sensação”. Reconhecemos que esses instrumentos sejam importantes na tentativa de decodificar e dimensionar o desconforto do paciente, mas não podem ser empregados como recursos de precisão total na avaliação, diagnóstico e definição de condutas terapêuticas, uma vez que se estaria, assim, reduzindo a dor a uma experiência “objetiva”, apartando-a de todos os aspectos que compreendem o sofrimento e angústia que envolve os processos dolorosos.

Ao iniciar a consulta perguntando “o que lhe acontece” ou “o que dói” pode vir a proporcionar ao paciente uma oportunidade para que um outro sofrimento possa ser revelado, aumentando-se o campo de possibilidades para que a dor se torne compreensível tanto para o médico como para o próprio paciente.

Na cultura pós-moderna há uma tendência de se buscar freneticamente abolir a dor e o sofrimento psíquico. Assim, tanto a psiquiatria quanto a clínica médica, foram se autorizando prescrever ansiolíticos e antidepressivos para aliviar o padecimento de seus pacientes. E, no entanto, é cada vez maior o número de pessoas “doloridas”, com dores múltiplas e singulares. Parece que estamos transformando as dores psíquicas em dores musculares, na medida em que é cada vez maior a tendência de definir o bem-estar pelo lado do corpo e cada vez menos em termos psíquicos ou espirituais.

A contemporaneidade, considerada como uma sociedade depressiva<sup>7</sup> consagrou os psicofármacos como uma solução competente para lidar com o sofrimento psíquico. O homem deprimido, atingido no corpo e na alma pela tristeza e apatia do vazio existencial, tem dificuldades para acreditar nas terapias atuais. Como afirma Roudinesco (2000):

Forma atenuada da antiga melancolia, a depressão domina a subjetividade contemporânea, tal como a histeria do fim do século XIX [...] Às vésperas do terceiro milênio, a depressão tornou-se a epidemia psíquica das sociedades democráticas, ao mesmo tempo que se multiplicam os tratamentos para oferecer a cada consumidor uma solução honrosa. É claro que a histeria não desapareceu, porém ela é cada vez mais vivida e tratada como uma depressão (p.17).

Sabemos o que representa o alívio das dores para aqueles que a vivem. Contudo, ao reverenciar a corrida desenfreada por analgésicos cada vez mais potentes, em busca de abolição do sofrimento, promovendo a idéia de um prazer sempre possível e ilimitado, corremos o risco de nos tornarmos meros espectadores de catástrofes por terem sido caladas as vozes que poderiam significá-las. Observamos que cada vez mais novas patologias vão sendo descritas, levando o sintoma a fixar-se no corpo, “roubando” o lugar da fala.

Tal crítica, não significa excluir ou negar o uso de analgésicos. Compreendemos que, se o tratamento pela fala e o tratamento medicamentoso não se excluem, tampouco se substituem, justamente por ser a dor um fenômeno que, como observou muito bem Creder (2003), é metáfora da unidade psicofísica.

---

<sup>7</sup> Ver nota de rodapé número 1.

Para a psicanálise, não se trata de suprimir a dor, mas sim, de torná-la viva, apta a falar e a desvendar aquilo que nela se esconde e se apresenta, desde que, no limite suportável pelo sujeito.

O método psicanalítico tem como um dos seus pilares, proporcionar uma oportunidade de desvendar, aquilo que nela se esconde e se apresenta. No entanto, também ele reconhece que uma dor insuportável impede o sujeito de falar dela, em função do grande sofrimento. Nesse aspecto, Creder (2003) comenta que a dor só é possível de ser demonstrada através da fala – como uma elaboração psíquica – e de expressões rudimentares como choro, gritos e gemidos.

Importante refletir sobre a afirmação de Pontalis (2005) fazendo referência a essa cultura contemporânea, que transformou o direito à felicidade em obrigação de atingi-la:

(...) embora a psicanálise tome o sofrimento do sujeito como condição de entrada na análise e tenha por objetivo ao menos sua diminuição, ela não aceita muito bem ver-se assimilada a um reconhecimento da dor: o direito à felicidade se transforma rapidamente, em nossas culturas, em dever de atingi-la, o direito de adoecer e ser tratado em exigência de estar com boa saúde, à reivindicação do prazer em imperativo gozo (p. 266).

Considerando a proximidade da dor com a depressão e a angústia que observamos na clínica psicoterapêutica, acreditamos que a psicanálise pode contribuir na sua compreensão.

Ao analisar a dor do ponto de vista da psicanálise, podemos constatar através de nossas leituras que, Freud não fez um estudo sistemático da experiência da dor, nem mesmo a tenha integrado ao conjunto da sua teoria psicanalítica. No entanto, é inegável que, sob as mais variadas formas, o estudo da dor foi objeto de suas reflexões durante todo o desenvolvimento de sua obra. Pontalis (2005) diz que existe efetivamente em Freud o esboço de uma teoria original da dor. Está explicitamente presente nas duas pontas de sua obra: no *Projeto de Psicologia Científica* (1895) e em *Inibição, Sintoma e Angústia* (1926), mas também está presente implicitamente ao longo de todo o percurso, presente nas entrelinhas.

A elaboração da teoria metapsicológica da dor em Freud se desenvolveu a partir do que ele escreveu no Projeto de 1895, onde tenta construir um modelo energético do sofrimento corporal. Nele, Freud busca estruturar o campo que se abre para ele, para que a bipolaridade seja formulada, nos próprios princípios do funcionamento psíquico, onde ele, de fato, opõe vivência de dor e vivência de satisfação. Sobre isso, Pontalis (2005) afirma: “O par de opostos assim criado não é, como seria de se esperar, prazer-desprazer [*Lust-Unlust*], mas, por um lado, prazer-desprazer (ou melhor, desprazer-prazer, processo que rege o curso da vivência de satisfação) e, por outro, dor” (p. 267).

Pontalis (2005) conclui afirmando:

(...) Por sua qualidade própria, a dor é apresentada no *Projeto* como “indubitavelmente” diferente do desprazer. Do ponto de vista do processo em jogo, ela se caracteriza primeiro e essencialmente por um fenômeno de ruptura de barreiras que ocorre “quando quantidades de energia excessivas invadem os dispositivos de proteção”; em seguida, por uma descarga, no interior do corpo, do investimento assim aumentado. A dor é violação, ela supõe a existência de limites: limites do corpo, limites do eu; ela produz uma descarga interna, que poderíamos chamar de efeito de *implosão* (p. 267- 268).

Podemos considerar a partir dessa citação, que a dor, é, portanto, produzida por grandes quantidades de energia, o que justifica sua natureza quantitativa, podendo ser definida como uma efração provocada por grandes quantidades de estímulos. Nesse sentido, a dor física exige um hiper investimento narcisista ligando todo o excesso, escapando assim do nada que associamos à melancolia.

Considerando a dor dentro do modelo econômico de prazer-desprazer, Queiroz (2009), comentou no Seminário *A dor corporal e sua representação psíquica: de Freud a Lacan*, apresentado e discutido em 29 de outubro de 2009, no Laboratório de Psicopathologia Fundamental e Psicanálise do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica da Universidade Católica de Pernambuco, a relação da dor com as experiências de desprazer, quando se reportou a Freud em *O Problema Econômico do Masoquismo* (1924), afirmando que, além do fator quantitativo, o desprazer tem um componente qualitativo, relacionado ao

funcionamento libidinal e às exigências do princípio do prazer, cuja missão é tornar inócuo o instinto destruidor colocando-o para fora e não descarregando no próprio corpo, contando com o aparelho motor para operacionalizar essa tarefa.

Segundo Pontalis (2005): “A dor é violação; ela supõe a existência de limites: limites do corpo, limites do eu; ela produz uma descarga interna, que poderíamos chamar de efeito de implosão” (p. 268). O autor comenta que, num Manuscrito dedicado á Melancolia (1895), aparecem palavras como “ferida”, “hemorragia interna”, “furo no psíquico” – a dor é apresentada como se fosse um “buraco”, um transbordamento, algo demais, que encontramos na expressão comum da queixa monótona do corpo que sofre: “*Meu Deus, isso dói demais*”.

Sobre isso, Rocha (2009), no brilhante Seminário *A dor física e psíquica na metapsicologia Freudiana*, apresentado e discutido em 15 de outubro de 2009, no Laboratório de Psicopathologia Fundamental e Psicanálise do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica da Universidade Católica de Pernambuco, fez uma análise deste “buraco- excesso” que liga a dor tanto a uma ferida do corpo quanto ao vazio da falta (como acontece na dor do luto), ligando também, quanto ao vazio do nada, como acontece no caso da dor do melancólico.

Interessante hipótese levantada por Pontalis (2005), de que, depois de postular a bipolaridade fundamental entre vivência de satisfação e vivência de dor, Freud desconsiderou – “recalçou” a dor, dedicando-se aos aspectos que envolvem a teoria do sonho como realização de desejo, definição do sintoma como formação de compromisso, busca insistente de sucesso e do prazer oculto no sofrimento. Sobre isso, o autor comenta ter descoberto em sua experiência que, em todo sujeito em análise encontramos um sofrimento e que o movimento do tratamento leva a descobrir por que desvios esse sofrimento é produzido, induzido, inconscientemente buscado pelo próprio indivíduo, a fim de obter um ganho de prazer num outro lugar intrapsíquico.

Freud em *Tratamento psíquico (ou mental)* (1905)(1969) faz a seguinte observação:

Ao formar um juízo sobre as dores, que se costuma considerar como fenômenos físicos, em geral cabe levar em conta sua claríssima dependência das condições anímicas. Os leigos, que de bom grado reúnem tais influências anímicas sob o nome de “imaginação”, costumam ter pouco respeito pelas dores decorrentes da imaginação, em contraste com as que são causadas por lesões, doenças ou inflamações. Mas isso é evidentemente injusto: qualquer que seja sua causa, inclusive a imaginação, as dores em si nem por isso são menos reais ou menos violentas.

Assim como as dores são produzidas ou intensificadas em se voltando a atenção para elas, também desaparecem pelo desvio da atenção. Essa experiência pode ser utilizada com todas as crianças para acalmá-las; os soldados adultos não sentem a dor da ferida no entusiasmo febril da batalha; é muito provável que os mártires, no ardor desmedido de seu sentimento religioso e voltando todos os seus pensamentos para as recompensas com que lhes acena o paraíso, fiquem perfeitamente insensíveis às dores de sua tortura. É menos fácil comprovar através de exemplos a influência da volição nos processos patológicos do corpo, mas é muito possível que a determinação de curar-se ou a vontade de morrer não sejam desprovidas de importância nem mesmo para o desfecho dos casos mais graves e mais duvidosos de doença (p.302-303).

A dor remete o indivíduo a suas experiências mais primitivas de desamparo, da mesma maneira que, ainda diante da ausência de uma lesão, todo sofrimento é também acompanhado por sensações corporais, difusas ou localizadas. E sendo assim, somente o indivíduo pode senti-la e descobrir o que a dor tem a dizer. Como abordou Rocha (2009), retratando a frustração do “doente imaginário” de Moliere, ao constatar, que nenhum médico saberá da dor que este sente. O médico, por sua vez, sente-se decepcionado, por não dominar esse saber.

Nos tempos da globalização e dos avanços da medicina, a velha neurose histérica foi banida do discurso psiquiátrico. Essa categoria desapareceu das classificações psiquiátricas como o Código Internacional das Doenças - CID 10 e Manual Diagnostico e Estatísticos dos Distúrbios Mentais - DSM IV. Como comenta Roudinesco (2000), a histeria foi transformada em transtorno dissociativo ou conversivo, passível de ser tratada, por exemplo, a partir de sua sintomatologia depressiva. Tal contexto levando-nos a acreditar, que é o fim do tempo de conflito do homem em guerra consigo mesmo, para o início dos tempos de depressão, categoria que pode abranger diversas organizações psicopatológicas.

Nesse contexto, devemos, sobretudo, buscar compreender a função das dinâmicas relacionadas ao fenômeno da dor na vida do indivíduo, desde o ponto de vista do desenvolvimento e da metapsicologia, bem como investigar as condições de representatividade dessa experiência para o próprio sujeito e para aqueles que o cercam.

Nasio (2008) estava certo em afirmar que é preciso descer até o âmago do eu, para descobrir a psicogênese da dor. E acrescenta: “A prática da psicanálise nos ensina que uma dor intensa sempre nasce de um transtorno do eu, mesmo momentâneo; e que uma vez ancorada no inconsciente, ela reaparecerá, transfigurada em acontecimentos penosos e inexplicados da vida cotidiana” (p. 11).

Ainda nos reportando ao Seminário de Rocha (2009), nos chamou atenção o importante comentário de que a dor se coloca na porta de nossas vidas como se fora uma “Esfinge”, e todo ser humano, desde o momento da sua entrada no mundo esta destinado a responder ao seu enigma, a se confrontar com ela. Como o da Esfinge de Tebas, o enigma da dor também vem seguido da fatídica intimação: “*Decifra-me ou eu te devoro*”.

Contextualizando com a vivência da equipe de uma clínica de dor, Foguel e Kraychette (2004) comentam que, em algumas situações, a equipe médica é surpreendida por dores “inexplicáveis”, dores de origem não esclarecida pelos meios diagnósticos existentes; outras vezes, por situações onde há diagnóstico, há aderência no tratamento, mas o paciente não apresenta melhora. Também há situações em que mesmo os pacientes com diagnósticos bem estabelecidos e planos de tratamento bem orientados, não aderem ao tratamento. Ao contrário, parecem aderir à dor. Os especialistas percebem que existe “algo” não explicitado no discurso do paciente que o impede de receber e beneficiar-se dos tratamentos.

Freud (1920) em trabalho intitulado *Além do Princípio do Prazer* identifica em pacientes em tratamento, a compulsão à repetição de sintomas como repetir situações

dolorosas, pensamentos traumáticos, pesadelos e pensamentos atormentadores. Tal constatação o fez reformular alguns princípios do funcionamento mental.

Inicialmente, Freud (1920) trabalhou com a hipótese teórica de que o ser humano governa inconscientemente seus atos, movendo-se entre dois pólos complementares: o princípio do prazer e o princípio da realidade. O primeiro impulsionaria o indivíduo “na saúde ou na doença” a buscar seu próprio bem-estar. Sendo assim, no caso de qualquer enfermidade, haveria uma tendência do ser humano a buscar uma solução benéfica.

Enquanto que o princípio da realidade é o pólo das leis sociais, das interdições específicas de cada cultura; regula a busca desmedida de prazer e chama o ser humano aos seus limites em relação ao próximo, a sua necessidade de sobreviver no grupo, aos deveres e obrigações. Entre esses dois comandos cada um cria para si um espaço de prazer e bem-estar, modulado por uma realidade que se impõem desde o berço pela presença daquele que o cria e educa, que lhe dirige a palavra. Nessa dinâmica só haveria a busca pelo prazer, o que levou Freud a reformular a teoria.

Freud considera a existência dos princípios citados, mas propõe outros dois pólos soberanos, de que, o ser humano possui uma tendência à vida e também, uma tendência a repetir o mórbido, o doentio, apegando-se ao sofrimento.

Essas tendências foram denominadas por Freud (1920) como pulsão de vida e pulsão de morte. A pulsão de morte manifesta-se, no tratamento, pela compulsão à repetição de um padrão sintomático mórbido bastante refratário a boa intenção dos profissionais da área de saúde, que buscam superar o estado doentio do paciente. Esse comportamento resiste aos argumentos racionais, o que leva alguns pacientes a não absorverem os esclarecimentos médicos feitos em relação a sua situação.

A tendência a repetir é um desafio cotidiano presente em nossa clínica. Os profissionais que lidam com pacientes de dor, devem estar atentos a esse aspecto, que poderá

estar presente em maior ou menor grau, nas enfermidades dolorosas e pode vir a comprometer o sucesso do tratamento.

Sobre isso, Queiroz (2009) observa que nos casos identificados como masoquismo, a dor, que deveria funcionar como força repulsiva, funciona como força atrativa. A autora ao comentar os de três tipos de masoquismo indicados por Freud - erógeno, o feminino e o moral (sentimento de culpa) - realça que todos eles estão subordinados ao princípio do prazer, porém o masoquismo primário, que está na base de todas essas experiências dolorosas, diferente dos demais, guia-se pela ação direta da pulsão de morte, provocando destruição.

Queiroz (2009) ainda analisa que, para Freud, a dor é imperativa, somente subjulgada pela interferência de uma suspensão tóxica e pela influência de uma digressão psíquica, o que pressupõe a entrada na ordem da linguagem. Rocha (2009) também realça tal digressão psíquica ao citar o jogo do *Fort Da*, no qual, Freud observou que seu neto tentava controlar a dor e a angústia causada pela ausência da mãe, pela compulsão à repetição das situações dolorosas, através do jogo.

Fazendo uma analogia com os tratamentos com pacientes de dor, podemos constatar que, diante de situações mais difíceis de tratamento, não é incomum os especialistas referirem a um “ganho secundário”, que poderia vir a explicar a dificuldade da melhora do paciente. Normalmente, o doente passa a ter atenção de familiares e amigos, cuidados médicos, em alguns casos, benefícios financeiros e dispensa do trabalho, o que pode vir a ser considerado um “ganho extra” de atenção e cuidado. Mas o paciente continua doente, a doença poderá vir a piorar se não for tratada adequadamente, a família vai se cansar e ele ficará improdutivo, alienado socialmente, gerando morbidez em todos os níveis.

A constatação de um ganho secundário foi feita por Freud em diversos pontos de sua obra, especialmente na *Conferência XXIV, O Estado Neurótico Comum* (1917). Após

descrever o mecanismo intrapsíquico e exemplificar a existência desse fenômeno, Freud faz a seguinte referência:

Em geral, porém, gostaria de recomendar que, conquanto não subestimando a importância *prática* do ganho proveniente da doença, os senhores não devem deixar-se impressionar pelo mesmo [...]. A ajuda que proporciona uma neurose não representa, geralmente, a melhor solução para o paciente. Isso pode suceder porque lidar com um conflito produzindo sintomas é, afinal, um processo automático que não pode se mostrar adequado para arrostar as exigências da vida e no qual a pessoa abandonou o uso das suas melhores e mais elevadas capacidades. Se houvesse uma escolha, seria preferível descer à liça para uma honrosa luta com o destino (p. 385-386).

Diante desse contexto, os profissionais de saúde podem trabalhar com o paciente a sua realidade psíquica. Engels (1959) defende que o médico está livre para redescobrir por si próprio, o que Freud descobriu sobre dor, se seguir dois princípios simples: permitir que o paciente fale livremente e levar em consideração o que o paciente diz. Essa oportunidade poderá vir a proporcionar ao indivíduo uma atitude mais efetiva em relação ao mal físico que o acomete, saindo do quadro de entrega passiva diante da doença, sem condições de ajuda na sua recuperação e cooperação com a equipe que o acompanha.

O interesse dos psicanalistas pela influência dos fatores subjetivos nos processos de adoecimento esteve presente desde os primórdios do movimento psicanalítico, como se pode observar nos trabalhos de Groddeck, Reich, Ferenczi (citados por Fernandes, 2003). A autora comenta que a partir de 1940, ocorreu uma intensificação desse interesse, quando, além da conhecida importância dos trabalhos de Balint, desenvolvem-se duas escolas de psicossomática: A Escola de Chicago, cujos trabalhos enfocam, sobretudo, as relações entre a doença orgânica e certas características de personalidade. E, posteriormente, a Escola de Paris, que foi além da relação de uma doença com as características de personalidade a ela associadas e evidenciou o modo relacional dos pacientes somáticos, chamando a atenção para o fenômeno da dificuldade de mentalização.

Os trabalhos desenvolvidos por essas duas escolas estimularam um grande número de pesquisas psicanalíticas em relação ao adoecimento somático, além de promover uma

aproximação da medicina com a psicanálise, contribuindo para a expansão e maior divulgação do seu campo de atuação.

Podemos compreender que essa ampliação permitiu a inclusão do corpo no alvo do interesse dos psicanalistas, que em um primeiro momento, parece dirigir-se prioritariamente a um corpo doente. Na atualidade, a presença do corpo na clínica psicanalítica vai muito além daquelas situações em que uma queixa somática é formulada. O mal-estar na contemporaneidade testemunha que o corpo se faz presente também, insistentemente, pelo negativo, o que nos convida a explorar a diversidade de formas pelas quais ele vem se apresentando na situação analítica, conforme comenta Fernandes (2003) e nos levou a empreender uma escuta da dor, de pacientes de uma Clínica de Dor, diagnosticados como portadores de dores crônicas.

Segundo Fernandes (2003): “Não podemos deixar de constatar que implicar o corpo nas respostas dadas aos conflitos internos é um fato bastante banal naquilo que poderíamos denominar a psicopatologia do corpo na vida cotidiana” (p. 27). E vice-versa, ou seja, implicar os conflitos internos nos fenômenos somáticos, como por exemplo, a dor.

O corpo humano sempre despertou o interesse do próprio homem que, motivado em conhecê-lo e controlá-lo, vem investindo no aperfeiçoamento de técnicas para investigá-lo, colocando-o no centro de pesquisas científicas. Seu conhecimento parece ser inesgotável, quanto mais se avança, mais nos deparamos com outras concepções que se mostram instigantes, aguardando para serem desvendadas.

Freud afirma que a dor física promove representações de parte do corpo, que de outra forma não são “absolutamente representadas em ideação consciente”, permitindo que o corpo possa ser imaginado e erotizado. A dor marca o limite do eu atravessado por um excesso, funcionando como um recurso, uma possibilidade de manter a unidade corporal, evitando a vivência do esfacelamento.

Em *Inibições, sintomas e angústia* de 1926, Freud dedica-se a estudar três reações distintas diante da separação do objeto, que são: ansiedade, luto e dor. Nesse percurso justifica a analogia frequentemente feita entre dor física e psíquica, por ambas produzirem uma mesma condição econômica e o mesmo “estado de desamparo mental”. Na primeira, há um grande investimento narcísico do ponto doloroso esvaziando o resto do ego. Na dor mental ocorre um grande investimento da representação do objeto do qual se sente falta ou está perdido, e que é suposto pelo sujeito como aquele que poderia satisfazê-lo.

Nesse mesmo texto, Freud se detém na relação que encontra entre a dor do anseio do bebê pelo objeto e o da nostalgia e da saudade. Conforme comenta Delouya (1999), ele encontra uma analogia, além de uma transitividade e alternância, entre essa fonte psíquica da dor e uma outra, a do órgão, que se apresenta ao sujeito em imagens de forma, espaço e movimento do próprio órgão que dói. Que uma dor (psíquica) se alterna e se substitui a outra (do órgão) não assinala apenas a função da dor na passagem do investimento narcísico para o objetual – como demonstra o magistral ensaio sobre o narcisismo de 1914 – mas coloca, numa perspectiva mais ampla, a lógica paradoxal da instauração do objeto, efetuada na transição entre o externo e o interno, o outro e o sítio corporal.

Ele sugere que a ausência da mãe provoca dor no bebê, que não consegue diferenciar uma ausência temporal de uma perda duradoura. Rocha (2009) nos lembra que, o mundo afetivo da criança é geograficamente muito restrito, pois se circunscreve ao mundo que lhe é familiar. Só o que lhe é conhecido desperta sua confiança, a faz sorrir com tranquilidade. O estranho a angustia e sendo assim, faz-se necessário que a percepção da perda seja corrigida, muitas vezes, pela volta da mãe, e para isso contribui a brincadeira que as mães costumam fazer, escondendo e mostrando o rosto ao seu filho, jogo similar ao que faz o neto de Freud, comentado anteriormente.

Essa situação angustiante pode repetir-se, mesmo quando a criança já não mais identifica a perda no espaço da percepção com a perda do objeto. Isso acontece segundo Rocha (2009), quando a criança, embora tendo o objeto materno presente, teme perder o seu amor. Temer perder o amor do objeto materno pode ser tão angustiante como perder o próprio objeto.

Fernandes (2003) faz um comentário, baseada no texto de Freud, que é nesse momento que ele coloca o outro, ou antes, sua ausência, na origem da dor, ausência que ela qualifica de situação traumática:

O investimento intenso de desejo do objeto (perdido), do qual se experimenta a ausência, investimento que cresce incessantemente devido ao seu caráter insaciável, cria as mesmas condições econômicas que o investimento da dor em um local do corpo que tenha sido ferido, e torna possível fazermos uma abstração do condicionamento periférico da dor no corpo! A passagem da dor do corpo à dor da alma corresponde à mudança do investimento narcísico para o investimento de objeto. A representação de objeto altamente investida pela necessidade faz o papel do local do corpo investido pelo aumento de estímulo (p. 84).

A partir dessas informações, Freud no apêndice C de *Inibição, sintoma e angústia* (1926) propõe uma distinção entre angústia e dor. Num primeiro tempo, ambas são pensadas em relação à categoria prevalente da perda do objeto. Enquanto a dor seria a reação própria à perda do objeto, a dor de sentir-se desamparado; a angústia seria a reação diante dessa situação de perigo, que no estado de desamparo, toma a dimensão de uma angústia de morte e destruição.

Num segundo tempo, são destacados aspectos específicos da dor que vêm corrigir, até mesmo contradizer, a aproximação inicialmente proposta: 1) A dor é consequência de uma violação dos dispositivos do pára-excitações; 2) Age como uma excitação pulsional constante; 3) A vivência de dor, pela qual a criança pequena passa inevitavelmente, independe de suas vivências de necessidade não satisfeita; 4) A dor emana da “periferia”: pele ou órgão interno.

A partir das observações de Freud surge um terceiro tempo, com a preocupação de igualar angústia e dor, fazendo um repensar em relação aos aspectos até então destacados. Freud pondera que, no caso da dor psíquica, não haveria motivo para levar em consideração o papel desempenhado pela periferia no caso da dor corporal. Além disso, as condições econômicas seriam as mesmas, quer se trate de um investimento nostálgico dirigido para o objeto faltante ou perdido (angústia) ou do investimento concentrado numa parte lesada do corpo (dor). Compreende-se então, o caráter doloroso da provação, por excelência, da perda do objeto: o luto. Complementando, Freud (1926) afirma:

A transição da dor física para a mental corresponde a uma mudança da catexia narcísica para a catexia de objeto. Uma representação de objeto que esteja altamente catexizada pela necessidade instintual desempenha o mesmo papel que uma parte do corpo catexizada por um aumento do estímulo. A natureza contínua do processo catexial e a impossibilidade de inibi-lo produzem o *mesmo* estado de desamparo mental. (p. 166).

As dores física e psíquica podem interagir na mesma medida em que o corpo e o psiquismo mutuamente se influenciam. Como comenta Rocha (2009), para melhor compreender como o discurso psicanalítico distingue sem separar a dor física da dor psíquica, é preciso não esquecer que, para a psicanálise, o corpo no qual se inscreve a dor física é o corpo erógeno, o corpo que ao ser investido pela libido do ego, torna-se um eu-corpo. É exatamente o mesmo modelo do investimento que Freud usa para explicar tanto a dor física como a dor psíquica. Reforça Pontalis (2005): “como se, com a dor, o corpo se transformasse em psique e a psique em corpo. Para esse eu- corpo, ou para esse ‘corpo psíquico’, a relação continente-conteúdo prevalece, quer se trate de dor física ou psíquica” (p. 271).

Como comenta Nasio (2008), do ponto de vista psicanalítico, não existe diferença entre dor física e dor psíquica, ou, mais exatamente, entre a emoção dolorosa e a dor psíquica propriamente dita. A dor é um fenômeno misto que surge no limite entre corpo e psique. “Quando estudamos a dor corporal, constatamos que, deixando de lado seus rigorosos

mecanismos neurobiológicos, a emoção dolorosa explica-se essencialmente por uma perturbação do psiquismo” (p. 13).

Após essas considerações, convém destacar a importante distinção que Assoun (1998) apresenta acerca da semiologia do corporal e das possibilidades de compreensão do corpo. O autor adota como ponto de partida o registro semântico do corporal, o qual remete a três dimensões: a do somático, a do orgânico e a do físico. O físico, derivado do grego *physis*, indica algo da natureza do corpo, ou, como escreve o autor, algo da “maneira de ser”. Ao físico estão relacionadas às conotações do ativar, do engendrar e do crescer. É nessa dimensão que se pode identificar o que pertence ao natural da espécie. O orgânico, do grego *organikos*, determina o sentido maquinal, ou ao que cabe ao órgão do corpo. “O orgânico é o que concerne aos instrumentos ou o que é apto para servir e atuar como instrumento” (Assoun, 1998, p. 16).

O somático derivado de soma, diz respeito ao tangível, ou seja, a algo que pode ser tocado, a algo morto ou vivo, algo que é determinado e fechado, completo. Segundo o mesmo autor, o corpo assim situado distingue-se da psique.

Trata-se do corpo orgânico, abstrato, que consiste numa montagem de órgãos, cujo funcionamento é complexo. Esse é o corpo onde incide a prática médica e o que vai além dessa vivência, será estudado pela psicanálise, nesse caso, um corpo onde o desejo pulsa.

Como citamos anteriormente, o paradigma do corpo investigado pela psicanálise, faz referência a um corpo erógeno, em que aparece o que não pode ser dito por palavras, mas é da ordem da linguagem, ou seja, por meio da ação da linguagem, o que pertencia à natureza animal do homem é suprimido em um corpo tecido pelos significantes. Tem-se então, um corpo que fala e quando padece, demanda falar, ou seja, utiliza-se do significante para expressar sua dor, do mesmo modo que expressa seu gozo. Ao abordar a função do significante e seus efeitos no homem, Lacan (1998), escreveu:

(...) sua natureza torna-se tecida por efeitos onde se encontra a estrutura da linguagem em cuja matéria ele se transforma, e em que por isso ressoa nele, para além de tudo o que a psicologia das idéias pôde conceber a relação da palavra (p. 695).

O organismo sofre dos efeitos do significante, capaz de modificá-lo, de alterar seu funcionamento, de causar impactos e enigmas. Ao adoecer, o corpo aponta para uma falência das estratégias inconscientes ou mais precisamente, do significante. Algo escapará e produzirá a doença no real do corpo. Isso porque na psicanálise lacaniana concebem-se três dimensões do corpo: o simbólico, o imaginário e o real. (Nasio, 1993).

O simbólico é aquele atravessado pelo significante, ou como escreve Nasio (1993) “é um corpo que comporta significantes que falam entre si” (p.149). Corpo capaz de encenar fantasias e de tecer histórias.

Conforme o mesmo autor, o corpo imaginário é o identificado com uma imagem, cuja referência está sempre no outro semelhante. Trata-se de uma imagem percebida fora do corpo e que retorna para dar forma e consistência ao corpo do gozo, terceira concepção do corpo.

O corpo real é o corpo do gozo, corpo sexual, pois o gozo consiste no “impulso da energia do inconsciente, quando é gerada pelos orifícios erógenos do corpo” (Nasio, 1993, p. 148). Essa energia se expressa diretamente pela ação.

Logo, o fato do fenômeno doloroso se manifestar no corpo não significa tratar-se somente do domínio orgânico do corpo do qual cuida a medicina. O corpo que consideramos como objeto de estudo neste trabalho é o de sentido físico, aquele que manifesta, fisicamente, fantasias e conflitos. Como nos ensina Assoun (2004), o inconsciente psicossomático. Portanto, a dor é uma manifestação psicossomática.

A intensidade dessas experiências dolorosas, vividas na clínica, exigem do analista um manejo especial, incluindo um olhar e uma escuta capaz de considerar também as imagens corporais e descrevê-las em palavras. Os pacientes de dor necessitam que o analista os acompanhe na busca de palavras adequadas, para fazer a relação dos detalhes da sua fala,

com o que se passa no seu corpo, permitindo, dessa forma, que um sistema simbólico possa se estabelecer em torno do evento somático.

Não por acaso, esses pacientes necessitam de constatação da presença viva do analista. Muitas vezes, simples expressões sonoras que emanam do analista, são suficientes para reassegurar ao paciente, o desenrolar do trabalho associativo, fundamental para seu crescimento.

Nessas condições, Fernandes (2003) considera que o trabalho analítico pode funcionar como um reorganizador da libidinação do corpo. Birman (1997, citado por Fernandes, 2003) diz que: “A presença viva do analista é necessária para que ele possa acolher o impacto das forças pulsionais, se constituindo assim como esse Outro através do qual a libidinação torna-se possível” (p. 106).

A autora faz uma analogia dessa relação com o processo de escuta do corpo do bebê, que é realizado cotidianamente pela mãe. No início da vida, quem acolhe o impacto das forças pulsionais, procurando dar-lhes nome e sentido, é a mãe (ou seu substituto). Esse trabalho de escuta e interpretação só é possível quando existe um investimento da mãe no corpo da criança, que lhe permite “escutar” um corpo que não pertence mais ao seu, tornando-se capaz de interpretar esse corpo, nomeando-lhe as demandas.

Na escuta analítica, diante dos pacientes que nos confiam seu sofrimento, podemos pensar que os resultados obtidos parecem basear-se no fato de que a análise constitui, além de tudo, uma operação de libidinização. Tomando a escuta do corpo do bebê como modelo de escuta do corpo na situação analítica, podemos enfatizar que o Outro-analista à semelhança da alteridade materna, pode investir no corpo do paciente, acolhendo e nomeando suas sensações, transformando-o assim em um “corpo falado”, aberto à abordagem psicanalítica.

Diante do exposto, podemos afirmar que o analista e sua metodologia de intervenção, têm um papel fundamental na recuperação do paciente ou no impedimento da evolução de

uma doença, proporcionando-o, uma oportunidade de fazê-lo nascer para si mesmo, mas também, de observar o funcionamento psíquico da dupla formada por analista e paciente.

## **2ª PARTE: A CLÍNICA DA DOR**

## Capítulo 4

### O Tratamento da Dor nos Centros Multidisciplinares

Quando o processo doloroso torna-se crônico, a dor persiste além do tempo esperado e transforma-se em uma complexa incorporação de aspectos biológicos, psicológicos e sociais.

Vários pesquisadores têm discutido o convívio de indivíduos com quadros algícos crônicos e apontam que o sofrimento não se estrutura apenas segundo as características da tipologia da dor ou de predisposições particulares de cada indivíduo, mas agrega, também, iatrogenias causadas pela adoção de tratamentos inadequados (Fordyce, 1975; Merskey, 1989; Roy, 1989 & Sternbach, 1990, citados por Loduca, 1999, p. 197). De maneira geral, eles observam que há:

- Consumo de muitos remédios, provocando dependência ou abuso de drogas;
- Mudanças de humor e afeto disfórico diante do sofrimento prolongado;
- Busca sucessiva de tratamentos; sujeição a múltiplas cirurgias ou tratamentos farmacológicos sem sucesso, provocando uma série de efeitos colaterais;
- Perda de gratificação nas interações sociais e dificuldade de obter prazer na vida;
- Conflitos interpessoais com pessoas afetivamente significativas;
- Desesperança, sentimento de inutilidade e auto-estima em baixa;
- Interrupção de atividades diárias e excesso de “descanso”;
- Aparecimento de incapacidades físicas secundárias – receio de que movimentos possam causar danos maiores ou intensificar a dor; e
- Conflitos e hostilidades com a equipe médica pelo fato de o tratamento não apresentar resultados satisfatórios.

Nesse contexto, surgiram os Centros Multidisciplinares de Dor que oferecem tratamento para as síndromes dolorosas mais complexas e merecem um reconhecimento especial pela sua eficácia. A atuação em equipe permite melhor precisão dos diagnósticos e o estabelecimento de estratégias de tratamento mais apropriadas para casos específicos em relação à atuação de profissionais trabalhando isoladamente.

Admite-se que o custo das perdas econômicas e os gastos com tratamento de doentes com dor crônica rebelde atendidos por equipes multidisciplinares sejam de um sexto do valor do atendimento realizado em clínicas não especializadas (Teixeira et al., 1999).

Esse tipo de abordagem teve início após a Segunda Guerra Mundial pela iniciativa de John Bonica, que criou no *Takoma General Hospital* a primeira clínica de dor. Ele começou a desenvolver o conceito multidisciplinar de dor e estabeleceu a primeira Clínica Multidisciplinar de Dor na Universidade de Washington, em 1960.

Nessa época, o psicólogo Wilbert Fordyce estudava a influência dos fatores psicológicos nos pacientes com problemas médicos e com dor no departamento de reabilitação da *Behavioral Medicine Division*. Esses grupos se uniram para formar o Centro Multidisciplinar de Dor. Após esse período muitos Centros Multidisciplinares de Dor foram criados seguindo esse modelo.

A seguir, a *Comission on Accreditation of Rehabilitation Facilities* estabeleceu padrões para todos os tipos de programas de tratamento da dor e estabeleceu que idealmente a equipe nuclear de profissionais de saúde deveria possuir um mínimo de três indivíduos, sendo um deles da área da saúde mental. O acesso a outros especialistas aumenta a abrangência do programa oferecendo múltiplas modalidades de tratamentos, entre os quais se enfatiza, sobretudo, a reativação física, a reabilitação, o condicionamento para trabalho, os tratamentos psicológicos, os tratamentos farmacológicos e a educação do paciente e da família.

Segundo Ogden (1996, citado por Loduca, 1999, p. 199), algumas constatações motivaram essa mudança de visão:

- Os tratamentos para dor, baseado no modelo biomédico tradicional, que trata o quadro algico única e exclusivamente do ponto de vista físico, não eram efetivos. Principalmente, nos casos de dores prolongadas (crônicas) surgia a indagação se haveria algo mais envolvido na sensação de dor;

- As equipes de saúde, especialmente os médicos, começaram a observar que indivíduos que apresentavam o mesmo grau de lesão tecidual não relatavam o mesmo nível de intensidade dolorosa e as reações a esse estímulo nocivo não eram homogêneas; e
- A presença da dor fantasma em indivíduos que perdiam um membro do corpo não apresentava explicações físicas capazes de esclarecer o fenômeno.

Um Centro Multidisciplinar de Dor deve oferecer avaliação multiprofissional, tratamento e condutas coerentes visando ao alívio da dor, à minimização do sofrimento psíquico e à interrupção do processo incapacitante. Para cumprir tais finalidades, a dor deve ser avaliada e quantificada, as etiologias e as nosologias determinadas e os procedimentos terapêuticos adaptados às necessidades e às condições de cada paciente e dos ambientes onde são aplicados.

A equipe multiprofissional deve ser composta por médicos, dentistas, enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, conselheiros vocacionais e nutricionistas. Profissionais especializados em áreas associadas como neurologistas, neurocirurgiões, fisiatras, psiquiatras, anestesistas, otorrinolaringologistas, oftalmologistas, radioterapeutas, oncologistas clínicos, cirurgiões oncológicos e bioquímicos devem atuar como consultores ou como membros dos centros (Teixeira et al., 1999).

Para efetividade do trabalho multiprofissional, esses profissionais devem trabalhar de modo integrado e cumprir os objetivos que norteiam a assistência, ou seja, a avaliação das situações, o alívio da dor e do sofrimento, a eliminação dos padrões anormais dos comportamentos, a melhora das atividades dos doentes e a educação dos doentes e de seus cuidadores visando à aquisição de atitudes para lidar com situações adversas. O líder do centro tem a responsabilidade de estabelecer normas e zelar pela obediência aos princípios morais, técnicos e filosóficos nos quais se fundamentam os cuidados dispensados aos doentes.

O tratamento da dor deve iniciar-se pela pesquisa de sua causa visando à remoção do fator causal. A literatura médica nos mostra que o exame clínico deve incluir a avaliação

neurológica e musculoesquelética detalhada e a quantificação dos aspectos afetivos e sociais. Os exames subsidiários permitem, às vezes, elucidar a etiologia do fenômeno álgico. A avaliação dos aspectos afetivos e comportamentais dos doentes é importante porque a ansiedade, a depressão e outras anormalidades podem contribuir para os maus resultados do tratamento. Escalas de avaliação da dor e da incapacidade permitem quantificar o resultado das terapias adotadas.

A avaliação é realizada por múltiplos especialistas, não é utilizado o critério de diagnósticos por exclusão e não há uma hierarquia relativa à importância dos diferentes diagnósticos decorrentes das diversas observações. Ocorre uma combinação de especialidades diferentes e uma visão integrada da dor crônica é constituída com o paciente. Os profissionais envolvidos reconhecem que a dor tem uma variedade de causas e todos os diagnósticos são vistos como reais, compatíveis e coexistentes, a equipe está em constante sintonia, trocando informações relativas aos pacientes que estão atendendo.

O tratamento multiprofissional deve adaptar-se à natureza complexa da dor e implica a individualização de planos terapêuticos que frequentemente exigem a adoção de várias modalidades de intervenções.

O paciente é visto como uma pessoa, que tem um problema legítimo e sofre muito com isso. Em casos raros, onde o diagnóstico não é feito, assume-se que a causa do sintoma não foi descoberta, o paciente recebe tratamentos sintomáticos e orientações para futuras pesquisas. Esses centros oferecem tratamento e educação sobre dor e seu manejo, além da realização de estudos e pesquisas sobre o tema.

A partir de diversos estudos e pesquisas, Fishbain e seus colaboradores (1995, citado por Figueiró, 1999, p. 155), propuseram alguns critérios para encaminhamento de pacientes a um Centro Multidisciplinar de Dor, que são:

- Dor crônica com duração superior a três/seis meses;
- Presença de comportamentos dolorosos importantes;

- Presença de psicopatologia importante e
- Falha de resposta a tratamentos mais conservadores.

Do mesmo modo, estabeleceram critérios de exclusão, como:

- A presença de condições médicas instáveis;
- Condições psiquiátricas instáveis;
- Incapacidade ou resistência em seguir as instruções preconizadas e
- Presença de expectativas irreais.

Existem várias evidências de que os programas realizados nesses centros promovem melhorias significativas no paciente, em várias áreas. A literatura tem apresentado um número crescente de estudos sobre a eficiência desses tratamentos. O pesquisador Flor (1992, citado por Loduca, 1999), juntamente com uma equipe de estudiosos, realizou uma meta-análise a partir de 65 estudos de variada autoria – dentre os trezentos publicados entre 1960 e 1990 - revelando que pacientes submetidos a intervenções multidisciplinares apresentavam 75% de melhora quando comparados aos que seguiram tratamentos clássicos, reforçando que, a combinação de tratamento é superior às propostas terapêuticas unidimensionais; os efeitos dos tratamentos multimodais são mantidos num período de até sete anos; há melhoras tanto nos aspectos subjetivos quanto nas medidas objetivas de eficiência, como, por exemplo, mudanças de comportamento, retorno ao trabalho e diminuição do uso do sistema de saúde.

A literatura tem mostrado que, estudos mais recentes continuam a apoiar esses achados iniciais. No Brasil, a Associação Brasileira de Estudos da Dor (SBED) tem procurado quantificar as clínicas de dor que atuam dentro do conceito multidisciplinar e apoiá-las na troca de informações e experiências.

A partir das informações referentes ao trabalho desenvolvido pelos profissionais que integram os centros de tratamento da dor, consideramos ser importante fazer uma análise do conceito da “multidisciplinaridade” e sua abrangência nesse contexto. Segundo País (1996, citado por Queiroz, 2002), a multidisciplinaridade “consiste em unificar objeto no saber por

meio da superposição de conhecimentos, estabelecendo limites claros sobre cada campo de conhecimento” (p. 22). Essa definição reforça a existência de conhecimentos agregados de forma parcial, há uma troca sistemática no atravessamento desse olhar, o que pode ser considerada uma posição ultrapassada no cenário contemporâneo da discussão epistemológica.

No trabalho realizado nos centros de tratamento da dor, os profissionais interagem permanentemente, reúnem-se e trocam informações em prol de um objetivo comum, onde o conhecimento não se esgota em áreas e atuações específicas; existem articulações, evitando assim, a justaposição de saberes de forma singular, caracterizando-se como uma atuação “interdisciplinar”, onde os especialistas tornam-se capazes de transcender as fronteiras de seus domínios epistêmicos e se arriscam a escutar outros discursos. Nesse processo, os profissionais passam a absorver possibilidades distintas do referencial que estão habituados a trabalhar.

Considerando a existência dos diversos aspectos que envolvem a problemática da dor, como também, as diversas especialidades profissionais que se articulam em função do paciente, tendo cada uma, suas referências próprias, acreditamos que essa experiência com uma atuação voltada para interdisciplinaridade, será aperfeiçoada e levará a uma prática de referência embasada pelos conceitos da “transdisciplinaridade”, conforme cita Queiroz (2002):

Constitui essa comunidade discursiva que integra conhecimentos especiais e singulares numa rede de significações mais amplas na qual cada especialidade ou disciplina aporta suas diferenças pondo em evidência uma concepção ética comum que recoloca as éticas particulares. Assim, a novidade da posição transdisciplinar está em se sustentar numa concepção ética própria que perpassa todos os saberes particulares e permita a abertura de um campo discursivo capaz de produzir interações, transportes e construções metafóricas (p. 22-23).

Dentro do universo visitado na realização deste estudo, podemos constatar a existência da interdisciplinaridade no trabalho desenvolvido pelas equipes que atuam nas Clínicas de Dor, ajudando

significativamente na recuperação dos pacientes. Ao mesmo tempo, sentimos a falta de um olhar psicanalítico sobre o fenômeno, em virtude do reduzido número de psicanalistas que atuam nesta área, considerando a histórica preocupação da psicanálise sobre a dor, conforme descrito anteriormente.

## Capítulo 5

### Uma Experiência de Escuta da Dor

No meu percurso profissional, como psicóloga clínica, passei a observar a existência de um elevado número de pacientes com sintomatologia voltada para o corpo, sendo ele freqüentemente apontado como fonte de dor, frustração e sofrimento, constituindo-se, portanto, como meio de expressão do mal-estar contemporâneo.

Essa realidade instigadora foi despertando meu interesse em aprofundar os conhecimentos nessa área, pesquisando, sob o vértice da psicopatologia, a inter-relação entre as doenças somáticas e os conflitos vivenciados pelos sujeitos, tendo como referência, pacientes com sintomatologia de dor corporal crônica. Sendo assim, nos propomos a realização dessa experiência de escuta da dor, que teve como objetivo geral investigar a dor crônica no contexto contemporâneo e sua relação com sintomas depressivos.

Primeiramente, aprofundamos a compreensão teórica sobre dor, quer do ponto de vista médico, quer da psicanálise. No segundo momento, partimos para uma experiência de campo, atendendo clinicamente pacientes portadores de dor crônica para melhor entender os aspectos psíquicos envolvidos na instalação das patologias orgânicas e, por que não, contribuir assim, também ao enriquecimento da própria psicanálise no que se refere à relação do sujeito com seu corpo dolorido.

#### *A Pesquisa de Campo*

Para a realização da pesquisa de campo, elegemos cinco pacientes encaminhados pela equipe médica de uma Clínica de Dor particular, localizada em João Pessoa, Paraíba, por acreditarmos que os avanços na compreensão das peculiaridades do fenômeno doloroso e os alcances terapêuticos são muito ampliados quando a intervenção se dá no campo

multiprofissional, tendo em vista que o trabalho em equipe permite melhor precisão dos diagnósticos e o estabelecimento de estratégias de tratamento mais apropriadas para casos complexos, em detrimento da atuação de profissionais trabalhando isoladamente.

A clínica *locus* da pesquisa é constituída por médicos com especialidade básica em neurologia, anestesia e acupuntura, com atuação voltada para dor crônica, numa perspectiva multidisciplinar.

O tempo de acompanhamento para a coleta de dados foi de até dez meses, privilegiando, na pesquisa, aspectos sobre a história de vida desses sujeitos e identificando: as experiências iniciais de perdas, a instalação da dor patológica e, também, a presença de traços que ligam a dor à depressão e ao sentimento de vazio.

Os participantes foram aqueles diagnosticados como portadores de dor crônica e depressão e, por essa razão, indicados previamente pelos médicos da Clínica de Dor, independente de faixa etária ou de gênero, tendo sido acompanhados através da escuta terapêutica, com um encontro semanal de duração de cinquenta minutos.

Convém ressaltar que nem todos os pacientes indicados chegaram até nós ou concordaram em participar da pesquisa.

Nesse contexto, os cinco participantes que concordaram em ser acompanhados foram previamente esclarecidos quanto aos objetivos da pesquisa e, após aquiescência, assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido (anexo III).

Os dados coletados foram analisados e interpretados a partir do referencial psicanalítico, considerando a relação entre a linguagem somática do corpo na dor crônica e na depressão, compreendendo sua dimensão psíquica no contexto de suas histórias de vida e correlacionando suas manifestações corporais com as vivências de dor e perdas marcadas no corpo.

### ***5.1 Casos Clínicos Acompanhados***

Para uma melhor apresentação dos dados coletados na pesquisa de campo, dispomos os resultados em dois momentos. Primeiro, apresentamos os casos acompanhados no processo de escuta terapêutica, abordando de forma reduzida a caracterização de cada participante, compreendendo a descrição da queixa, história do sintoma, história pessoal e profissional, descrição do processo de acompanhamento.

No segundo momento, apresentamos um Quadro Demonstrativo dos Casos, onde consta uma síntese dos participantes, ressaltando seus aspectos mais importantes. Finalizamos com a análise dos aspectos singulares de cada caso.

Indicamos cada um dos participantes com seus nomes fictícios, inspirados em santos referenciados pela Igreja Católica, que tiveram uma história de dor corporal em suas vidas, acompanhada de muito sofrimento. A partir de um aprofundamento na bibliografia desses santos, identificamos uma semelhança com os relatos colhidos nessa pesquisa.

#### **1 Alice**

Santa Alice nasceu perto de Bruxelas no início do século XIII e demonstrou, desde pequena, uma inteligência perspicaz e um espírito decidido. Contraiu, também precocemente, a temida e inexorável lepra, doença que espalhava o medo devido ao perigo do contágio. Ninguém ousava se aproximar de um leproso e Alice, que por estar num mosteiro já vivia segregada do mundo, foi "duplamente" segregada: rigorosamente isolada do resto da comunidade, passou a viver enclausurada num sótão.

Suas dores foram sempre consoladas e aliviadas por sua profunda devoção ao Sagrado Coração de Jesus. Padeceu durante anos, perdeu a visão e os seus membros da monja escamavam sob a ação da terrível doença. Mas Alice fez de seus sofrimentos uma oferta a Deus pelo bem dos outros e pela conversão dos pecadores. Em 1249 recebeu a Unção dos Enfermos e viveu mais um ano em agonia até falecer em 11 de junho de 1250. ([http://www.religiaocatomica.com.br/santosdodia\\_janeiro.asp](http://www.religiaocatomica.com.br/santosdodia_janeiro.asp))

#### *Descrição da Queixa*

Alice tinha dores freqüentes em todo o corpo, sofria com essa sintomatologia há cerca de sete anos. As dores eram mais freqüentes pela manhã, abrangiam todo o corpo, com

queimação na parte inferior dos pés. Além das dores corporais, sofria frequentemente de insônia, enxaqueca, ânsia de vômito e elevada fadiga.

Passou por várias especialidades médicas, até que foi diagnosticada como portadora de fibromialgia e depressão. Fazia uso de antidepressivos, ansiolíticos e analgésicos. Acreditava que foi indicada para participar de nossos encontros de escuta terapêutica como último recurso de ajuda no combate as constantes dores, antes da colocação da bomba de morfina em seu corpo.

### *História do Sintoma*

A partir da difícil relação estabelecida com sua chefe de trabalho, iniciaram as dores em todo o corpo, mais especificamente, em pontos caracterizados pela fibromialgia, associado a forte crise depressiva, que a afastaram de todas as suas atividades.

As queixas de dores eram constantes e principalmente associadas a problemas pessoais, ansiedades ou frustrações. Normalmente, as dores geravam incapacidade física: não conseguia levantar da cama, o corpo doía muito. Outro incomodo eram as fortes dores de cabeça, que a faziam chorar, eram acompanhadas por ânsia de vômito e demoravam muito a passar.

Frequentemente era levada ao hospital para ser medicada, mas nunca precisou ficar internada. Ficava algumas horas e posteriormente, voltava para casa.

Passou por vários médicos até chegar a Clínica de Dor, que considerava sua salvação. Lá se sentia acolhida, cuidada e bem acompanhada, podia também falar das dores, além de ser apenas medicada. Sempre que pensava em mudar de cidade e retornar ao Estado em que nasceu, ponderava porque não queria abrir mão dos seus médicos, fisioterapeutas e da pesquisadora, pois os considerava como pessoas da sua família, que lhe tinham grande

consideração. Achava muito difícil conseguir viver sem eles ou substituí-los por outros profissionais.

### *História de Vida*

#### História Pessoal

Alice tinha quarenta e quatro anos no momento em que iniciou o processo de acompanhamento. Nasceu numa família constituída por pais e cinco irmãos, sendo ela a mais nova e única mulher. Sua mãe morava em outro Estado, onde também moravam seus irmãos. Seu pai faleceu há quinze anos; teve com ele uma convivência bastante conflituosa e dolorosa. Considerava-se aliviada com sua morte.

Era casada há vinte e cinco anos com um homem vinte anos mais velho que ela, alcoólatra, aposentado. Ele foi seu primeiro e único relacionamento sexual. Conheceram-se na Escola, pois ele era seu professor. Ele era separado, tinha dois filhos do primeiro casamento. Ela alegava que casou para sair de casa, especialmente das “garras” do seu pai. Acreditava que um homem mais velho iria protegê-la. Com as crises constantes do casamento, colocava em dúvida esta proteção: *“Meu esposo me tirou de uma prisão para colocar em outra... fui transferida de cela...”* (sic).

Tinha duas filhas, sendo a mais velha de vinte e quatro anos, casada, sem filhos, com formação superior, trabalhando na área de saúde. Morava com o esposo, que também tinha formação superior na área de saúde.

A filha mais nova tinha vinte e um anos, solteira, com formação superior e também trabalhando na área de saúde, morava sozinha e tinha planos para estudar nos EUA.

Eles tinham uma boa condição financeira, apartamento próprio, carro e boa remuneração, proporcionada pela aposentadoria do marido. Mesmo assim, Alice reclamava muito da sua relação com ele, em função da bebida, das freqüentes humilhações e agressões

que ele lhe proporcionava. Creditava a ele ser o responsável pelo seu sofrimento, pelas suas dores constantes e ausência de progresso em seu tratamento, mas não tinha coragem de se separar.

A cada decepção tinha uma crise de dor. Durante uma consulta, afirmava ter ouvido do seu médico o conselho: “*deixe esse homem, senão você vai morrer e ele fica...*” (sic) e Alice completou com o comentário: “... *ele bebe muito, mas tem uma saúde de ferro, vai durar muito*” (sic).

Frequentemente acreditava que ele ia melhorar e lhe dava mais um voto de confiança, mas, em seguida, se decepcionava e chegava a afirmar que “*não havia jeito*” (sic).

Após uma grande decepção, Alice decidiu mais uma vez se separar e tomou todas as providencias: identificou e contratou uma advogada, deu entrada na documentação, avisou as duas famílias (dela e do marido) da decisão e vendeu o apartamento onde moravam, para dividir os bens.

Nesse período de muita ação, Alice parecia outra pessoa, deixando para trás aquela mulher frágil e “dolorosa”. A impressão passada era de que ela, nem lembrava de que existia dor. Mudou radicalmente sua aparência física, emagreceu dez quilos, cortou os cabelos e modernizou sua forma de vestir. Falava de forma segura e decidida, dando-se conta inclusive, de que outros homens a consideravam bem interessante.

Passou a fazer parte de várias atividades da Igreja Evangélica que freqüentava, assumiu a coordenação de trabalhos com as famílias da comunidade, passou a ensinar artesanato, fez palestras e participou de seminários, inclusive em outras cidades.

A separação foi consolidada juridicamente, mas ele insistia constantemente em voltar, tentando seduzi-la a todo instante. Alice tinha consciência da dificuldade de separar sua vida desse homem e demonstrava vontade de voltar para ele, apesar da resistência das filhas, que

não acreditavam que o pai fosse capaz de deixar a bebida. Sobre isso, afirmava: *“As pessoas conseguem enxergá-lo com outros olhos, eu não...”* (sic).

Separada, Alice resolveu fazer uma viagem ao Estado onde morava sua mãe e irmãos, planejando ficar dois meses. Pegou uma temporada de muito frio, suas dores corporais intensificaram-se e sentiu saudade da família, retornando um mês depois.

Mais uma vez, resolveu dar uma oportunidade ao ex- esposo, que havia parado de beber e estava sofrendo muito com a separação. Voltaram a morar juntos, na casa que ele construiu, mas manteve seu apartamento disponível, com a filha solteira morando sozinha. *“Eu vou manter o apartamento, para eu ter para onde ir, se ele voltar a beber”* (sic).

### A Relação com o Pai

Alice descrevia uma relação bastante difícil com seu pai, que era um homem rude, grosseiro, muito agressivo e também alcoólatra. Acreditava que ele tinha uma “verdadeira obsessão” por ela, demonstrava ter muito ciúme e uma relação de posse claramente estabelecida. Era diariamente obrigada a ficar de joelhos na sua frente, tirar seus sapatos, lavar seus pés, enxugá-los e calçá-los na sandália.

Relatou que tinha horror aos seus carinhos e afagos, que na maioria das vezes, conotavam assédio sexual. Era freqüente ele deitar na cama junto com ela e puxar sua mão para seu pênis ereto, obrigando-a a fazer carinho e sentir sua virilidade.

Seus irmãos mais velhos foram embora de casa por não suportar a agressividade do pai. Alice não entendia a submissão da mãe e porque ela permanecia casada com este homem. Depois de trinta e um anos, após uma grande briga entre o pai e o filho mais novo, sua mãe fugiu de casa com os filhos, foram morar escondidos na casa de parentes.

Diante dessa situação, Alice sentiu-se protegida por seu professor (ex- marido), mais velho e estável, que se apaixonou por ela logo que a conheceu. Casaram-se e foram morar

num bairro distante, escondidos. Ela vivia assustada, ficava sempre trancada em casa com as duas filhas pequenas e, por várias vezes, sua casa foi invadida por seu pai, que pulava o portão e tentava arrombar as portas quando seu esposo não estava em casa. Os parentes a avisavam de que ele queria matar ela e suas filhas.

Com medo, decidiram ir para outro Estado, onde morava a família do seu esposo, mas o medo continuou até o dia em que foi informada de que seu pai estava morrendo e queria vê-la. Alice foi a única filha a visitá-lo no hospital, teve muita pena dele, mas também muito ódio por tudo que ele lhe proporcionou de sofrimento. Mesmo no hospital, ele reclamou de que sua família o havia abandonado e que jamais os perdoaria. Toda a família sentiu grande alívio com sua morte.

No dia em que fez esse relato, ela apresentou uma forte crise de dor de cabeça e vômito, saindo direto do atendimento para o hospital, onde foi medicada e encaminhada para repouso em sua residência.

### História Profissional

Alice tinha formação superior e pós-graduação em cursos no segmento de educação, trabalhando em diversas instituições públicas e particulares, demonstrando grande identificação e interesse pela área. Atuou como professora e posteriormente, passou a exercer função técnica na área de educação.

Após a morte do pai, voltou a morar no Estado de origem, onde foi convidada para trabalhar como professora e orientadora numa escola particular, inicialmente para substituir uma profissional que estava de férias.

Gostava do trabalho e das pessoas que faziam parte da equipe, com exceção da coordenadora, que considerava ser uma pessoa centralizadora, autoritária e tirana, lembrando muito as atitudes do seu pai, pois esta a humilhava frequentemente, obrigando-a a fazer

tarefas operacionais, que não eram de sua responsabilidade e chegou a suspeitar de sua honestidade. Isso gerou muito sofrimento e dor.

Esta relação difícil no trabalho desencadeou as dores corporais freqüentes e forte crise depressiva, levando-a a licenciar-se, por longo período, e se encontrava na ocasião do atendimento, ainda em benefício do INSS. Periodicamente era submetida a avaliações e perícias médicas, enquanto aguardava um parecer referente ao seu retorno ao trabalho ou encaminhamento para aposentadoria por invalidez.

### *O Processo de Acompanhamento*

Por dez meses, acompanhei Alice, realizando um encontro semanal, com duração média de 50 minutos<sup>8</sup>. Considerei este caso em toda sua problemática muito significativo para minhas reflexões e meu aprendizado.

Ela participava ativamente do processo, fazendo análises bem pontuadas, conseguia fazer associações, demonstrando grande interesse, pois considerava o processo de acompanhamento muito importante para sua “saúde”. Em datas comemorativas, como natal e páscoa, fazia questão de me presentear com trabalhos manuais feitos por ela, com grande capricho e delicadeza. Convêm esclarecer, que foi durante o processo de acompanhamento que Alice foi resgatando essa habilidade com trabalhos manuais.

Anteriormente, por um curto espaço de tempo, cerca de cinco meses, havia feito acompanhamento psicológico. Afirmava que desistiu porque não sentia segurança na profissional. Viajou de férias e não retornou àquele processo.

---

<sup>8</sup> O Projeto inicial previa o acompanhamento dos participantes durante o período de seis meses, podendo ser expandido conforme a necessidade de cada caso. Como se tratava de um processo de “acompanhamento psicoterápico”, decidimos estender o processo até a data da sua viagem.

Nos primeiros meses a conversa girava sempre em torno da dor, do seu sofrimento e da sua incapacidade para fazer as coisas do dia a dia. Chegava a ser repetitiva: as dores eram sempre as mesmas e, normalmente as associava às humilhações do esposo.

Com o tempo foi trazendo para o processo, a relação com o companheiro, queixando-se de muito sofrimento, frustrações e muitas decepções com o casamento, mas também muita dificuldade para consolidar uma separação. Tinha uma relação muito forte com ele, muita gratidão e acreditava que ele não conseguiria sobreviver sem ela.

Ao longo do processo, ocorreram momentos de grandes emoções e sofrimento, foi muito difícil para Alice o confronto com suas dores, suas descobertas e suas experiências emocionais, principalmente ligadas ao pai. Por duas vezes, saiu do atendimento direto para o hospital, com elevadas crises de vômitos e dores em todo o corpo, justamente quando rememorava suas experiências psíquicas mais dolorosas.

Caminhamos passo a passo, vivenciando momentos mutativos na organização familiar, nas suas relações interpessoais, importantes para o seu crescimento e maturidade. Aos poucos, ela que parecia tão frágil e submissa foi revelando determinação e controle das situações e principalmente, da própria vida.

No decorrer do processo, passou a sentir-se mais segura, ocorrendo uma mudança clínica em todo o seu estado. As crises passaram a ser mais distantes e menos intensas. Ela foi se libertando do aprisionamento dos sintomas, na medida em que resignificava a sua história e se estabilizava emocionalmente. Assim, “suprimia” sua dolorosa história de vida.

A partir do resgate da confiança em si e no seu potencial, passou a ser capaz de estabelecer novas referências com o mundo, descobrindo novas oportunidades de trabalho, automotivação e capacidade de realização. Na reavaliação com o médico que a acompanhava regularmente, não houve a recomendação da bomba de morfina, conforme indicação anterior.

Encerramos o processo antes da sua viagem de férias e, no seu retorno, após trinta dias, ela desejou iniciar um processo psicoterápico particular com a pesquisadora, agora já não mais relacionado ao contrato para participação na pesquisa.

Essa possibilidade estava prevista no Projeto de Pesquisa, uma vez que, esse tipo de procedimento mobiliza certas emoções psíquicas, exigindo um acompanhamento posterior ao período contratado para participação na pesquisa. Como se sabe, este é um princípio ético, quando se trabalha com seres humanos.

Esclarecemos ainda, que nos primeiros atendimentos do processo psicoterápico, trabalhamos os aspectos transferenciais que envolviam essa nova relação, distinta da situação anterior, como relação pesquisadora e participante da pesquisa.

## **2 Juliana**

Santa Juliana de Falconieri nasceu em 1270 e morreu em 1341. Aos 14 anos recebeu o hábito da Ordem Terceira da Congregação dos Servitas e dedicou-se com afinco à organização da Congregação. No convento, Juliana pôde se dedicar à ascese espiritual baseada numa vida de intensa oração e de constante penitência. Além disso, dedicava-se aos pobres e aos doentes, que curava ao contato com suas mãos. A dedicação de Juliana foi tão radical ao trabalho junto aos pobres e doentes, às orações contemplativas e às severas penitências que acabou por adoecer. Mesmo assim, continuou dormindo no chão e fazendo os jejuns a que se tinha proposto. Por isso os problemas estomacais surgiram, passaram a ser freqüentes e depois se tornaram crônicos, padecendo de fortes dores. Apesar disso, não diminuiu as penitências, nem mesmo o trabalho com seus pobres e doentes abandonados. Aos setenta anos, o problema gástrico era tão grave que não conseguia manter nenhum alimento no estômago. Nem mesmo a hóstia. Na hora da morte estendeu-se por terra com os braços em cruz e pediu que lhe colocassem a Santa Hóstia sobre o peito. Assim que foi depositada, a hóstia desapareceu misteriosamente e Juliana morreu dizendo: "meu doce Jesus". Ao ser preparada para o sepultamento, encontrou-se sobre seu coração a marca da hóstia como um selo, com a imagem de Jesus crucificado. Em memória desse acontecimento, as "Mantellate" trazem a imagem de uma hóstia no escapulário ([http://www.religiaocatonica.com.br/santosdodia\\_janeiro.asp](http://www.religiaocatonica.com.br/santosdodia_janeiro.asp)).

### *Descrição da Queixa*

Juliana era paciente da Clínica de Dor há oito anos. Apresentava há dezenove anos, depressão e dores freqüentes na região da bacia e da perna esquerda, além de fortes dores de cabeça, tonturas e vômito. Durante este período, foi submetida a cinco cirurgias de coluna e

duas intervenções reparadoras, todas, sem sucesso segundo ela, pois as dores se mantinham constantes.

Considerava o encaminhamento para pesquisa, como uma oportunidade para falar dos problemas, que dizia serem muitos e complexos: *“Eu tenho muitos problemas guardados e não sei como falar sobre eles... É muita coisa para mim, que sou uma mulher doente, sem saúde...”* (sic).

Há quatro anos, colocou uma bomba de morfina em seu organismo, que era recarregada a cada cinquenta e oito dias. Fazia uso freqüente de antidepressivos e ansiolíticos.

#### *História do Sintoma*

Juliana afirmava ter sido sempre uma mulher ativa, dinâmica e de muita saúde. Suas taxas eram normais, a pressão boa e não sentia outra coisa além das fortes dores corporais, que eram constantes.

Seus problemas tiveram início há dezenove anos, quando sua filha mais nova estava com cinco meses. Acordou no meio da noite com uma forte dor da cintura para baixo, sentindo tudo adormecido; depois da dormência aumentaram as dores. Foi socorrida e passou nove dias no hospital, *“gritando de dor dia e noite”* (sic). Nesse momento, teve o diagnóstico de hérnia de disco e fez sua primeira cirurgia.

Um ano depois voltaram as dores e foi até São Paulo onde fez a segunda cirurgia. As três últimas foram feitas em João Pessoa. Num intervalo de dez anos submeteu-se a cinco cirurgias de coluna e duas intervenções reparadoras, consideradas por ela, todas sem sucesso. Em função das sucessivas cirurgias, tem hoje um quelóide que afirma ser *“do tamanho de um mamão Havaí”* (sic), mas os médicos a aconselharam a não retirá-lo. Parecia ser um “peso” que carregava, lembrando a ela, a dor que sentia. Além das dores, tinha quedas freqüentes:

“Tenho pouca força na perna esquerda, estou sempre caindo e mostrando minha fragilidade às pessoas” (sic). Chegou a cair dentro de casa e por várias vezes no ônibus, causando vergonha e constrangimento.

Ficou sabendo do trabalho do médico titular da Clínica de Dor logo que ele chegou de São Paulo e o considerava um santo curador de suas dores: “*Pelo menos ele consegue amenizá-las, já que eu não tenho cura...*” (sic).

Há quatro anos atrás, em função das inúmeras e ineficientes tentativas de controlar a dor com analgésicos, colocou a bomba de morfina, onde constam quatro ampolas de 10mg de morfina, sendo completada a cada 58 dias. A bomba foi conseguida através do Governo do Estado e se achava adaptada a seus efeitos. Acreditava que a bomba lhe trouxe grande alívio.

As dores eram sempre seguidas de “*grande impaciência*” (sic) e alteração de toda sua rotina de vida. Afirmava: “*Todos percebem quando a bomba está secando, eu fico muito irritada e impaciente, não tenho posição... é muito agonizante*” (sic). Além da bomba, fazia uso constante de ansiolíticos e antidepressivos.

### *História de Vida*

#### História Pessoal

Juliana tinha cinquenta e quatro anos no momento que iniciou o acompanhamento, fazia parte de uma família de onze filhos, sendo oito mulheres e três homens, todos vivos. Ela era a filha que se denominava “*encostada a mais nova*” (sic).

Seu pai tinha noventa e quatro anos, se encontrava em estado de demência, com a saúde bastante debilitada. Morava com a filha mais velha, mas recebia ajuda diária de Juliana, que se sentia obrigada a cuidar dele e achava muito cansativo. Sua mãe morreu com oitenta e oito anos, há dois anos atrás, o que a fazia sofrer muito: não se conformava com a morte da mãe. Chorava sempre que falava dela, afirmando sentir um “imenso vazio” deixado

por sua ausência e não demonstrava a mesma ligação com o pai. Tinha um grande apego a sua irmã mais velha e a uma sobrinha que sempre a acompanhava aos médicos e hospitais.

Estava casada há trinta e um anos, seu marido tinha cinquenta e cinco anos, morava em outra cidade, onde trabalhava numa fábrica, passando o final de semana, em casa, a cada quinze dias. Tinha três filhos, sendo o mais velho com trinta anos, deficiente mental. O segundo filho era o seu preferido, tinha vinte e oito anos, fazia curso técnico e estágio numa construtora. A terceira filha, de dezenove anos, era estudante do ensino médio, considerada por Juliana como “trabalhosa”, foi adotada com dois dias de nascimento.

Tinha vontade de ir morar com o marido, mas tinha medo de ficar distante dos seus médicos, da pesquisadora e da família. Acreditava que poderia vir a prejudicar seus filhos, que estavam começando a vida profissional. Sentia muita falta do esposo, considerava uma grande responsabilidade acompanhar os filhos e cuidar da casa sozinha. Falava com ele toda noite, por telefone, e dividia todos os acontecimentos do dia.

Demonstrava um ótimo relacionamento com os filhos homens, principalmente com o filho do meio, que considerava ser estudioso, trabalhador e bastante dedicado à família. O filho deficiente passava a maior parte do seu tempo dividido entre os estudos e o trabalho, tendo com ele uma relação afetiva, mas distante.

A problemática estava na relação com a filha adotiva, com quem considerava ter um relacionamento de grandes dificuldades, principalmente pela falta de diálogo. Ela chegou à sua casa trazida por sua irmã, que trabalhava num hospital do interior e ficou sensibilizada com o abandono da mãe biológica. A menina trouxe grande alegria a toda família, sendo acolhida e bem recebida por todos.

Nesta época, a relação com o esposo era harmônica. Ele trabalhava como bancário, tinha uma boa condição financeira e demonstrou grande alegria com a chegada da nova filha.

Juliana afirmava que sempre a tratou como filha, nunca teve coragem de dizer a verdade sobre a adoção, temendo sua reação. Acreditava que ela poderia não lhe aceitar ou deixar de gostar dela, ao saber que não era sua mãe biológica.

A filha sempre foi afetuosa e muito apegada ao pai, com quem tinha uma ótima relação e muito respeito. A relação com a mãe era respeitosa, até o dia em que ficou sabendo, por uma vizinha, que não era filha “legítima”. Chegou em casa bastante agressiva, disse que estava se sentindo rejeitada, traída e que Juliana não era sua mãe. Afirmava ser filha do seu pai com outra mulher.

Diante da situação, a reação de Juliana foi dizer à filha que a amava muito e que ela era sua filha do coração. Passados dois anos, a mãe continuava não tendo coragem de conversar abertamente com a filha, embora sentisse muita vontade de fazer.

Desde então, as desavenças com a filha passaram a ser constantes e como consequência agravava as fortes dores corporais, depressão e crises de vômito de Juliana. Durante as discussões, utilizava sempre o argumento: *“Você sabe que sua mãe é uma mulher doente, utiliza remédios fortes e uma droga pesada no corpo, não tem condições de enfrentar mais sofrimentos... você não pode fazer isso comigo.”* (sic). Numa dessas discussões, a filha chegou a dizer que a mãe era “um estorvo” em sua vida, um atrapalho e também um peso que ela se via obrigada a carregar, não via a hora de poder sair de casa. Juliana então abriu a porta da rua e disse: *“A porta é a serventia da casa. Fique a vontade para ir embora quando quiser, sem se sentir obrigada a cuidar de mim”* (sic). A filha permaneceu em casa, demonstrando comportamento distante.

Afirmava estar bastante arrependida de ter tido filhos, achava muito difícil criar os filhos nos dias atuais e dizia que se pudesse voltar atrás, faria opção por não tê-los.

Juliana sempre falava do marido como um grande companheiro, que cuidava dela e respeitava sua condição de doente. Se ela reclamava de dor, ele fazia a alimentação, levava na cama e pedia para os filhos não a incomodarem, dando a ela, tranquilidade e proteção.

No decorrer do processo, ela foi falando que estava se sentindo muito insegura com o esposo morando sozinho em outra cidade. Temia pelo seu envolvimento com outra mulher como aconteceu no passado. Conta que seu esposo foi bancário por dez anos, tinha uma boa remuneração, mas era boêmio e gastou tudo que ganhou com farras e mulheres. Ficou sete anos desempregado e ela sustentou a casa sozinha, com seu trabalho numa clínica médica.

### História Profissional

Juliana tinha o ensino médio completo, trabalhou por vinte e dois anos como atendente numa clínica médica, estava aposentada há cinco anos em função da sua doença.

Afirmava que sempre trabalhou muito, tinha estabilidade no trabalho e assumiu as despesas da casa sozinha, quando o esposo ficou desempregado. Gostava de trabalhar com o público e sentia-se muito bem no ambiente médico.

Com as licenças constantes e a dificuldade para recuperação dos movimentos, foi encaminhada para aposentadoria, ainda bastante jovem. Sofreu uma grande decepção quando viu em sua carteira de trabalho o carimbo de “invalidez”. *“A sensação foi de que a dor carimbou o meu corpo como inválida... Este é o passaporte da dor, da dificuldade e do sofrimento...”* (sic).

### *O Processo de Acompanhamento*

Por nove meses, acompanhei Juliana no seu processo, com um encontro por semana, com duração de cinquenta minutos<sup>9</sup>. Era assídua e pontual aos encontros e demonstrava estar se beneficiando do processo de acompanhamento.

Ouvi-la era bastante cansativo. O foco do discurso era sempre as dores, que descrevia com riqueza de detalhes, dando ênfase as fortes dores corporais e a depressão. Frequentemente repetia a mesma história, sempre chamando atenção para seu grande sofrimento.

Enquanto falava, ficava de pé, pegava objetos da sala para ilustrar sua história e levantava a roupa para mostrar a bomba que estava em seu corpo, ou alguma cicatriz das cirurgias. Em algumas situações, chegou a insistir para que a pesquisadora pegasse na sua “bomba”, como se com este apelo, ela desejasse que a mesma “pegasse na sua dor” (sic).

Nas discussões mais difíceis com a filha, dizia que não agüentava mais essa vida e que não tinha saúde para assumir tanta responsabilidade sozinha: de cuidar da casa, dos filhos e de um pai doente. Queria ir embora para outra cidade e deixar todos aqui.

Demonstrava forte empatia com a pesquisadora, considerava-se apoiada e afirmava que melhorou muito depois desses encontros, principalmente, das crises depressivas. Chegou a abandonar o antidepressivo por conta própria, mas sentiu-se mal após uma discussão com a filha e o médico a recomendou o retorno do medicamento.

No decorrer do processo, foi sentindo-se mais segura e passou a buscar alternativas para ter uma ocupação, além de cuidar do pai, que se encontrava em fase terminal. Dizia que estava bem, queria uma atividade e estava se sentindo sozinha, já que todos de sua casa estavam em atividade.

---

<sup>9</sup> Neste caso, estendemos o processo de acompanhamento, no intuito de dar suporte às dificuldades que estava enfrentando com a instabilidade profissional do marido e a doença do pai, que se agravava a cada dia.

Iniciou as aulas de hidroginástica na Clínica de Dor e tinha planos de iniciar um curso de artesanato, próximo a sua casa, pois gostava de trabalhos manuais.

Ficou claro seu movimento de retomada da auto-estima perdida, passou a sentir-se útil, produtiva e capaz de realizar coisas, que a depressão e as dores a impedia.

Aos poucos, foi trazendo outras informações, além da dor. Falou da sua preocupação com a saúde do esposo, da sua expectativa dele ser efetivado no trabalho, que era temporário, dos filhos, da preocupação com eles e principalmente, das dificuldades com a filha que se sentia desprezada por sua mãe biológica.

O processo de escuta lhe possibilitou a construção de novas referências, o fortalecimento da autoestima e uma melhor administração das demandas familiares, capacitando-a a enfrentar os desafios que a vida lhe apresenta diariamente. Passou a lidar melhor com a filha, posicionando-se e argumentando com mais segurança.

Encerramos o processo e encaminhamos Juliana para um grupo de escuta que será formado pelos representantes da Clínica de Dor, com pacientes que utilizam a bomba de morfina. Acreditamos que neste novo contexto, ela terá uma oportunidade de continuidade de suas elaborações.

### **3 Teresa**

Santa Teresa do Menino Jesus nasceu em Alençon, na França, em 1873. Enfrentou diversas dificuldades ao longo de sua vida, a começar pela fragilidade de sua saúde: morreu de tuberculose pulmonar quando tinha apenas 24 anos, em 1897. Durante a doença, aceitava os remédios mais repugnantes e os tratamentos mais penosos com uma paciência inalterável, sem lamentar nunca o cansaço que resultava disso.

Os sofrimentos físicos que suportou nos últimos meses eram atrozes, pois a doença do peito acresceu-se a tuberculose nos intestinos que provocou a gangrena; ao mesmo tempo formavam-se chagas devido á sua extrema magreza, males esses que todos ao seu redor sentiam-se incapazes de aliviar.

No meio das dores mais agudas conservava uma grande serenidade e alegria. Quando questionada sobre isso, respondia: “É porque sinto uma dor muito aguda no lado; tomei o hábito de fazer sempre uma boa acolhida ao sofrimento”. (Carmelo do Imaculado Coração de Maria e Santa Teresinha, 1972 & [http://www.religiaocatolica.com.br/santosdodia\\_janeiro.asp](http://www.religiaocatolica.com.br/santosdodia_janeiro.asp)).

### *Descrição da Queixa*

Teresa tinha queixa de fortes dores musculares na região da bacia, estava sendo submetida a um longo e doloroso tratamento, envolvendo várias especialidades médicas.

Esta participante, diferente das demais, chegou até a pesquisadora, não por indicação direta da Clínica de Dor, mas sim, por uma ex- paciente. Ela alegou que gostaria de conversar um pouco sobre sua problemática. Na entrevista inicial, ficamos sabendo que ela era também, paciente da Clínica de Dor. Então foi apresentado o projeto de pesquisa e de imediato ela gostou da proposta, pois valorizava muito os estudos e disse que “*gostaria muito de ser minha cobaia na pesquisa*” (sic).

### *História do Sintoma*

Com a aposentadoria, dedicou-se integralmente aos estudos e pesquisas, ficando muitas horas no computador, tendo como seqüela, fortes dores musculares na região da bacia. Submeteu-se a um longo e doloroso tratamento, envolvendo vários especialistas.

Em função deste tratamento, veio para João Pessoa, onde recebia a atenção dos filhos e do marido, que vinha visitá-la no final de semana.

As fortes dores trouxeram dificuldades para continuar as atividades e foi impedida de utilizar o computador ou fazer movimentos mais bruscos. Tinha dificuldades para sair de casa, temendo as dores mais fortes ou quedas, como consequência da instabilidade nas pernas. Reagiu bem ao tratamento e foi aos poucos recuperando a auto estima e a capacidade de realização.

### *História de Vida*

#### História Pessoal

Teresa tinha cinquenta e dois anos no momento em que iniciou o acompanhamento.

Pertencia a uma família constituída dos pais e oito irmãos, sendo ela a filha mais velha. Passaram por várias dificuldades financeiras, em função da família numerosa e falta de trabalho para o pai, que era agricultor.

Casada há vinte e sete anos, com três filhos, sendo dois homens e uma mulher. Dois deles tinham formação superior na área de saúde e o mais novo estava concluindo o ensino médio.

O marido tinha formação superior, fez mestrado e trabalhava como professor de uma Universidade; escreveu e publicou vários livros na sua área de atuação. Ela o considerava um grande aliado e companheiro de todas as horas. Admirava muito sua capacidade de realização e intelectualidade.

Toda a família é de origem sertaneja, o casal residia em uma cidade do sertão paraibano, já os filhos estudavam e trabalhavam na capital do Estado.

Foi a primeira filha a vir estudar na capital, morou em casa de parentes até passar no vestibular, quando então, passou a residir na casa universitária e começou a trabalhar.

Com muito sacrifício, foi trazendo os irmãos para estudar. Dividia o pouco que ganhava e considerava ser esta, sua grande missão: a de ajudar ao outro.

Fez economia e conseguiu comprar uma casa, pequena e simples, num conjunto habitacional, mas nela pôde acolher a todos de sua família.

Logo cedo passou em concursos públicos, conciliando trabalho e os estudos, sempre preocupada em ajudar a família e os amigos mais necessitados.

Seu esposo foi seu grande companheiro, considera que *“lutaram juntos pela vida”* (sic). Casaram muito cedo, porque passaram em concurso e foram morar no interior, onde trabalharam em várias cidades.

Há sete anos, realizando exames de rotina, descobriu a existência de um câncer de mama. Fez um longo e doloroso tratamento e estava mantendo a doença sob controle, fazendo acompanhamento médico sistemático.

Considerava que a descoberta do câncer foi um grande golpe, principalmente para a família, que não saberia viver sem sua presença. Teve de juntar forças para conseguir consolá-los, deixando de lado sua própria dor, para pensar neles como prioridade.

Enfrentou o tratamento com coragem, acreditava que foi uma grande oportunidade de crescimento pessoal e principalmente, promoveu uma maior aproximação da família.

Era submetida anualmente a novos exames e avaliações médicas. Nessa ocasião sentia muito medo, quanto aos resultados: se confirmava a doença ou ela estava sob controle. Os exames recentes indicavam que a doença estava sob controle.

Em função da doença precisou se aposentar e considerava ter sido seu maior sofrimento, ver carimbado na carteira de trabalho o nome “inválido”. A sensação era de ter recebido “*O carimbo da dor, da invalidez, em meu corpo...*” (sic).

Outro grande sofrimento, ocorrido há um ano atrás, foi proporcionado pelo rompimento de um noivado da sua única filha, na véspera do casamento. Sua filha descobriu uma semana antes de casar, que o namorado, de muitos anos, havia lhe traído em determinado período do namoro e não o perdoou, mesmo sabendo que havia sido uma relação passageira. O casamento foi desfeito e como a festa já estava encomendada, Teresa teve que arcar com as despesas. Afirmava com orgulho, que sua filha obrigou o noivo a ir com ela nas residências dos convidados, para dizer que não haveria mais casamento.

Ela apoiou a filha na decisão, mas demonstrava grande emoção quando falava dessa situação vivenciada por toda a família.

Nos últimos dias, havia ficado feliz em saber que a filha tinha voltado a se encontrar com seu ex- noivo e possivelmente iriam reatar o namoro, mas preferia não interferir.

### História Profissional

Teresa tinha formação superior e mestrado na área de saúde. Era professora aposentada de uma Universidade, onde trabalhou por muitos anos.

Afirmava que sempre teve que batalhar muito para conquistar o que queria. Trabalhava em várias cidades, sempre envolvida com captação e execução de projetos, sendo muito exigente e centralizadora no trabalho.

Investia muitas horas do seu tempo no trabalho e na intelectualização, que considerava ser essencial para a vida do homem e seu posicionamento na sociedade.

Com a aposentadoria, passou a fazer vários cursos de formação complementar, buscava “*sair da posição de inválida*” (sic). Seu foco era produzir, ser útil e enfrentar novos desafios.

Nesta trajetória, fez um novo curso e passou a trabalhar como voluntária em projetos sociais. Afirmava que necessitava estar sempre em atividade, trabalhando e estudando e se via como sustentáculo da família.

### *O Processo de Acompanhamento*

Teresa foi acompanhada durante um mês, num total de quatro encontros. Estava em João Pessoa há dois meses, fazendo o tratamento médico. Afirmava que “*aproveitou este período para fazer um acompanhamento psicológico*” (sic).

Seu discurso estava mais direcionado para a história de vida do que para as dores que estava sentindo. Demonstrava uma grande preocupação com os aspectos intelectuais e profissionais da família. Tinha uma história pessoal de conquistas, veio de uma família humilde, morou em residências universitárias e conseguiu seu patrimônio familiar com grande esforço, dela e do marido. Falava com emotividade de sua história de vida,

demonstrando elevada sensibilidade quando fazia referência aos filhos e as dificuldades que enfrentaram na sua doença.

Foi muito difícil para ela, ser aposentada como inválida; parecia que o carimbo “invalidez” havia marcado seu corpo como a dor. No decorrer do acompanhamento, foi identificado que a dor se manifestava em vários acontecimentos da sua vida.

A necessidade de sentir-se útil, fez com que ela pudesse dar novos saltos, enfrentar novos desafios profissionais. Pois, buscava constantemente sair da posição de “inválida” que tanto lhe incomodava. Assim, criava novas estratégias de ação e participava de cursos de formação profissional.

O fato de também ser pesquisadora universitária, fazia com que ela se identificasse com o processo de acompanhamento, estava sempre interessada em ajudar na pesquisa e contribuir com o crescimento da pesquisadora. *“Eu tenho muito prazer em ajudar nessa pesquisa e saber que minha história poderá ser útil”* (sic). Esta afinidade, fez com que ela se interessasse em fazer o mesmo curso que a pesquisadora havia feito. Frequentemente usava o seu tempo para falar de suas novas expectativas de trabalhos, investigando sobre as vivências profissionais.

Gradativamente, foi apresentando melhoras, reagindo bem ao tratamento das dores, se sentindo mais tranqüila e segura. Tanto que, resolveu fazer um curso de quinze dias em outro Estado, quando antes tinha muito medo de sentir dor e adoecer em lugar estranho e longe da família. Com sua melhora, se desculpava por não poder mais ajudar na pesquisa.

Viajou para fazer seu curso de formação e posteriormente, retornaria ao sertão, onde residia com o marido. Ficou combinado, de que ela iria procurar a pesquisadora, quando estivesse de volta a João Pessoa, para suas revisões médicas, o que não aconteceu.

## 4 Pio

Santo Padre Pio nasceu no dia 25 de maio de 1887 na cidade de Pietrelcina, na Itália. Apesar de ter sido castigado por várias doenças, elas colocavam-no num estado que era seguido por êxtases divinos. Porém, conta-se que entre uma doença e outra, Padre Pio chegou a ficar muito debilitado e teria ficado longos períodos sem ingerir qualquer alimento físico. Houve um momento em que o Padre ficou 21 dias sem ingerir nada, apenas a Hóstia Consagrada. A despeito de alimentar-se bem pouco, Padre Pio mantinha misteriosamente o peso de 90 kilos.

Padre Pio recebeu o que é conhecido como as chagas de Cristo, ou estigmas, tal como é conhecido no cristianismo. Ele afirmava: "Fui crucificado junto com Cristo. Já não sou eu que vivo, mas é o Cristo que vive em mim".

Padre Pio foi o primeiro Padre da Igreja Católica a apresentar os estigmas, que apareceram nas palmas das mãos, nos pés e em outras partes do corpo. Apesar da dor lancinante que sofria quase todos os dias, aceitava o sofrimento com amor, resignação, sem tristezas, reclamações ou pesares. Não há notícias de que ele tenha se queixado, uma vez sequer, das dores que as chagas lhe proporcionavam. Era também chamado de "O Homem da oração" e "O Homem da esperança". ([http://www.padrepio.catholicwebservices.com/PORTUGUES/Biografia\\_port.htm](http://www.padrepio.catholicwebservices.com/PORTUGUES/Biografia_port.htm)).

### *Descrição da Queixa*

Pio recebeu indicação médica para acompanhamento psicológico e nos procurou imediatamente, demonstrando elevada ansiedade para iniciar o tratamento. Marcamos para o dia seguinte, mas ele desmarcou poucas horas antes da consulta.

Na semana seguinte ligamos para marcarmos uma nova data, ele justificou a ausência da semana anterior, alegando que havia feito uma endoscopia e ficou muito sonolento, por isso não pôde ir ao encontro marcado. Marcamos uma nova data. Ele compareceu com quarenta minutos de antecedência, sempre com uma agenda na mão, que parecia ser seu instrumento de trabalho.

Apresentava fortes dores em todo o corpo e crises depressivas constantes. Usava uma bomba de morfina para aliviar as dores e foi submetido a nove procedimentos cirúrgicos na coluna vertebral. Em suas queixas, alegava ter seqüelas da bomba de morfina em seu corpo, como constantes pesadelos, sudorese e taquicardia.

### *História do Sintoma*

Seus problemas de saúde começaram há oito anos atrás, quando passou a sentir fortes dores na região da bacia, que descia para perna esquerda. Suportou as dores por dois anos, sem ir ao médico, alegava que não deu importância a sua saúde. Estava concluindo o curso de teologia e havia possibilidades de iniciar um trabalho, não podia parar, até que caiu numa praça e ouviu uma mulher que passava na rua dizendo “*Vamos levantar este bêbado*” (sic). Concluiu então que a situação estava fora do seu controle e procurou um médico, que diagnosticou hérnia de disco e, em decorrência disso, fez a primeira cirurgia. Voltou a sentir as mesmas dores após quinze dias, mas ignorou a situação e voltou as suas atividades, mesmo sentindo dor.

Após um ano voltou ao médico que lhe operou e ouviu dele a afirmação: “*O seu caso não é mais comigo*”. Ficou chateado, mas procurou outro médico indicado e marcou uma segunda cirurgia. No dia seguinte a esta cirurgia, sentiu dores e foi re-operado. Durante sua permanência no hospital, faleceu uma pessoa com o mesmo nome que o dele e sua família foi informada de que ele havia morrido. Ficou indignado com o engano cometido e saiu imediatamente do hospital mesmo sentindo muitas dores (assinou um termo de responsabilidades).

Passou por vários médicos e sempre sem sucesso: de alguns deles ouviu: “*Você não é um paciente que eu quero na minha clínica, pois nunca fica bom...*” (sic). Por indicação de parentes, chegou à Clínica de Dor do hospital das clínicas em São Paulo e lá teve a indicação de colocação de uma bomba de morfina para aliviar suas dores e foi encaminhado para a Clínica de Dor de João Pessoa. Conseguiu a bomba com a assistência médica particular, através do laudo do neurologista e da ajuda de um médico. Totalizando sua trajetória de tratamento, passou por nove procedimentos cirúrgicos.

Nesse período, tentou suicídio duas vezes, tomando comprimidos. Na primeira vez tomou treze e na segunda, dizem que ele tomou mais de cem, mais não lembra de nada que aconteceu. Passou vários dias na UTI, onde esteve desenganado, mas conseguiu reagir e passou a fazer acompanhamento com um psiquiatra.

Afirmava que nunca acreditou em psiquiatra nem psicólogo, mas no momento, acreditava estar precisando de ajuda e resolveu então, tentar um acompanhamento psicológico. Fazia tratamento com antidepressivos e ansiolíticos, periodicamente era acompanhado pelo psiquiatra e neurologista.

### *História de Vida*

#### História Pessoal

Pio tinha quarenta e oito anos quando iniciou o acompanhamento. Tinha formação superior, casado há vinte e três anos. A esposa não trabalhava, tinha três filhos, sendo um de vinte e três anos que era formado em direito, uma filha de vinte e um anos que estudava direito e o mais novo de dezoito anos que estudava em outro Estado e pretendia fazer vestibular para medicina.

Afirmava estar vivenciando uma grave crise no seu casamento, desencadeada pelos seus problemas de saúde, apesar de considerar de grande importância o apoio da sua esposa. Na sua percepção, a sua esposa passou a viver em função de sua doença, não conversavam sobre outra coisa. Ela estava sempre controlando sua rotina, atenta aos horários dos medicamentos e as limitações físicas adquiridas como seqüela das intervenções cirúrgicas. Como já tentara suicídio, quando estava mais deprimido, sua esposa tinha receio que tentasse novamente.

Considerava-se um bom pai e esposo exemplar. Era muito dedicado à família. Tentou dar o melhor aos seus filhos, principalmente nas questões ligadas aos estudos, afirmava:

*“Quero dar a eles o que não tive”* (sic). Neste sentido, seus filhos estudaram nas melhores escolas e tiveram acesso a várias formações complementares, como inglês e cursos de redação.

Estava se sentindo deprimido, por seu filho ter que sair de casa e morar na casa do seu tio materno, em outro Estado, para fazer o curso de medicina em Universidade particular, paga pelo tio. Além da saudade do filho, havia um sentimento de impotência, por não ter condições financeiras para bancar os estudos do filho.

### História Profissional

Serviu o exército e se engajou por nove anos, vivência que muito lhe orgulhava. Posteriormente, trabalhou em fábricas de calçados de grande porte, fez carreira e atuou em funções de liderança, na área de produção. Estudou inglês por oito anos, demonstrava grande identificação com a língua inglesa.

Ficou desempregado em função de mudanças ocorridas na empresa, mas considerava-se um ótimo profissional, com grandes perspectivas de crescimento. Falava com muita empolgação e segurança do trabalho que realizava, transmitia orgulho e dedicação pelo que fazia (o olho “brilhava” e ele argumentava muito bem). Concluiu sua exposição, afirmando: *“Eu era muito bom, até que chegou a doença e atrapalhou meus sonhos, me tornou inválido”* (sic).

Estava aposentado, em função da doença, e passou a trabalhar como voluntário numa Igreja Evangélica, onde ensinava inglês para pessoas carentes e assessora o pastor.

### *O Processo de Acompanhamento*

Tive a oportunidade de escutá-lo apenas duas vezes, pois não foi mais aos encontros sem qualquer justificativa. Liguei algumas vezes e sempre fui atendida por sua esposa, que dizia que ele estava bem e que daria meu recado, mas nunca obtive retorno.

No nosso primeiro encontro ele parecia muito motivado, acreditando que a oportunidade de uma escuta terapêutica seria importante para melhoria do seu quadro depressivo. No segundo, chegou muito angustiado, afirmando estar em elevado quadro depressivo e havia dito à esposa: “*Não sei onde vou encontrar forças para ir a psicóloga, acho que vou desistir...*” (sic).

Demonstrava estar muito abalado com a saída do filho que foi estudar em outro Estado e, sobretudo porque o tio iria pagar seus estudos de medicina. Sentia-se fracassado por não conseguir sustentar os filhos, mas dizia que fez o possível e deu a formação básica, eles foram bem criados.

Falava de seus pesadelos, sonhava frequentemente com quem já morreu. Sentia muito a morte de um cunhado que morreu de enfarte fulminante aos cinquenta e quatro anos. Nos sonhos, as pessoas mortas encontravam-se em harmonia, eram tranqüilas e felizes, “*não sentiam dor*” (sic). Acreditava que seus pesadelos eram provocados pelo efeito da morfina em seu corpo, sentia também tremores e sudorese, constantemente.

Ele saiu do nosso encontro bastante animado, acreditando que iria conseguir resgatar seu potencial e dar continuidade a sua rotina produtiva. Infelizmente, não retornou.

### **5 Rita de Cássia**

Santa Rita de Cássia nasceu em 1381 e morreu em 1457. Sensibilizada com o sermão da paixão de Nosso Senhor, prostrou-se diante da imagem do crucifixo e suplicou a Jesus que lhe concedesse participar de suas dores. E eis que um espinho se destacou da coroa do crucifixo, veio a ela e entrou tão profundamente em sua testa que a fez cair desmaiada e quase agonizante. Quando voltou a si, a ferida lá estava, atestando o doloroso prodígio.

As chagas se converteram numa ferida purulenta e fétida, de maneira que a pobre vítima, para não empestear a casa, teve de ser recolhida a uma cela distante, onde uma religiosa lhe levava o necessário para viver. Ela suportou a ferida durante 15 anos.

Em 1450 foi celebrado o jubileu em toda a Cristandade e como algumas irmãs estavam se preparando para ir a Roma, Rita manifestou um ardente desejo de acompanhá-las, mas seu estado de saúde estava se agravando devido à ferida que o espinho havia deixado em sua testa. As irmãs acharam que Rita não deveria ir, mas ela pedindo a Deus para a ferida desaparecer, foi mais uma vez atendida e conseguiu acompanhar as irmãs a Roma, com grande proveito para sua alma. Mas logo que voltou da viagem a ferida reapareceu e também uma enfermidade incurável que lhe causava um grande sofrimento. Em meio as dores, ela conservava a alegria do espírito e um sorriso encantador que brilhava em seu rosto. (<http://www.diocesedejundiai.org.br.htm>).

### *Descrição da Queixa*

Rita de Cássia foi mais uma paciente indicada pela Clínica de Dor, com diagnóstico de fibromialgia e depressão. Ela era paciente da Clínica a cerca de oito anos. Fazia uso constante de fortes medicamentos para dor, além de ansiolíticos e antidepressivos, sem ocorrer melhoras significativas na sintomatologia.

### *História do Sintoma*

Há vários anos sentia dores constantes em todo o corpo, passou por várias especialidades médicas, até chegar ao diagnóstico de fibromialgia.

Tinha dificuldade para dormir, acordava muitas vezes, as dores eram muito fortes à noite, já havia trocado de colchão diversas vezes, sem haver diferença.

Levantava várias vezes para ir ao banheiro, tomava remédio e ninguém acordava para ajudá-la, o que era motivo de grandes insatisfações. Afirmava que, um dos *graves* defeitos do marido era que ele não acordava de noite para ajudá-la quando sentia dores fortes. Ele dizia que “*Já estava acostumado com essas dores, que não passavam nunca e ela já sabia como lidar com elas...*” (sic).

No horário da manhã, as dores eram mais intensas. Tinha grandes dificuldades para levantar, pois doía o corpo todo e não tinha coragem para nada. Fazia grande esforço para se levantar e freqüentemente faltava ao trabalho neste período.

Interessante observar que nos finais de semana, costumava sair com o esposo para *dançar* e nessas ocasiões parecia não sentir dor, pois não se referiu a elas, e sim, de forma alegre e participativa. Quando indaguei a respeito, ela mudou o tom de voz, afirmando de forma mais melosa que “*precisava se distrair e satisfazer ao esposo, que curtia esse tipo de lazer...*” (sic).

### *História de Vida*

#### História Pessoal

Rita de Cássia tinha cinquenta anos, era casada há vinte e cinco anos, tinha três filhos, sendo dois homens solteiros que moravam em casa e uma filha casada, que estava grávida do primeiro filho. Todos estavam encaminhados, já trabalhavam e haviam concluído curso superior.

Acreditava ter uma vida estabilizada, nasceu no interior da Paraíba, onde moravam sua mãe e seus irmãos, mas ela dificilmente os visitava, alegando que a viagem era bastante cansativa e estressante.

Casou com seu primeiro namorado, que nasceu na mesma cidade que ela e foram colegas de escola. Considerava-se bem casada, apesar do marido ser muito ciumento. Fazia constantes indagações, era desconfiado. Apesar de muitos anos de convivência, ele não conseguia admitir o fato de ela trabalhar fora de casa e nunca foi visitá-la em sua repartição, o que lhe gerava grande desgosto. Ele era proprietário de uma empresa de médio porte. Tinham uma boa condição financeira, família bem estruturada, casa própria e daí a afirmação:

*Eu não entendo o que acontece comigo. Os médicos afirmam que minha doença tem origem emocional, meus familiares e amigos afirmam que eu não tenho problemas, não tenho com o*

*que me preocupar e o único sofrimento vêm da minha doença... principalmente das fortes dores no corpo, que são constantes e geram grandes incômodos” (sic).*

### História Profissional

Tinha curso superior incompleto, desistiu do curso no terceiro período, pois estava encontrando dificuldades para conciliar os estudos com a casa e os filhos pequenos.

Trabalhava há vinte e oito anos no setor administrativo de uma instituição pública, oportunidade que conseguiu através do seu pai, que conhecia vários políticos da região.

Gostava do trabalho, sentia-se útil e produtiva, fazia grandes esforços para manter-se ativa, pois não queria ser considerada improdutiva. Não aceitava ficar de licença médica, mas conseguia ser liberada constantemente do trabalho para sua ida ao médico, a fisioterapia e também, a psicóloga.

### *O Processo de Acompanhamento*

Rita de Cássia afirmava ter grande interesse no acompanhamento psicológico, pois o médico havia indicado, dizendo que ela precisava dessa ajuda, mas, na verdade, nunca demonstrava compromisso com o processo.

Tive oportunidade de ouvi-la em cinco encontros, num período de três meses. Constantemente os desmarcava em cima da hora ou faltava sem avisar. Demonstrava dificuldades em aceitar o horário combinado, mesmo que tentássemos adequá-los, por várias vezes, à sua disponibilidade. Paradoxalmente, sempre que eu ligava, ela dizia: *“Doutora, não esqueça de mim, me consiga um horário...”*, marcávamos mais uma vez um novo horário e ela cancelava em seguida. Parei então de ligar para marcar novos horários e ela não mais me procurou.

No item seguinte, passamos a descrever os principais aspectos observados nesta experiência de escuta terapêutica, refletindo sobre a relação de dor crônica e depressão.

## 5.1.1 Quadro Sintético dos Casos

<b>Participante</b>  <b>Caracterização</b>	<p>Alice Idade: 44 anos Sexo: Feminino Escolaridade: Superior</p>	<p>Juliana Idade: 54 anos Sexo: Feminino Escolaridade: Ensino Médio</p>	<p>Teresa Idade: 52 anos Sexo: Feminino Escolaridade: Superior</p>	<p>Pio Idade: 48 anos Sexo: Masculino Escolaridade: Superior</p>	<p>Rita de Cássia Idade: 50 anos Sexo: Feminino Escolaridade: Superior</p>
<b>Descrição da Queixa</b>	<p>Dores freqüentes em todo o corpo, principalmente pela manhã. Além das dores corporais, sentia queimação na parte inferior dos pés; fortes dores de cabeça, vômitos, insônia e elevada fadiga.</p>	<p>Depressão e dores freqüentes na região da bacia e da perna esquerda, além de fortes dores de cabeça, tontura e vômito. Foi submetida a cinco cirurgias da coluna e duas intervenções reparadoras. Há quatro anos, colocou uma bomba de morfina em seu organismo, fazendo reposição a cada dois meses.</p>	<p>Tinha queixa de fortes dores musculares na região da bacia, estava sendo submetida a um longo e doloroso tratamento, envolvendo várias especialidades médicas. Afirmava que encontrou alívio para seu sofrimento na Clínica de Dor.</p>	<p>Tinha fortes dores em todo o corpo e crises depressivas. Usava uma bomba de morfina em seu corpo e sofria com o que acreditava ser seqüelas da morfina, tinha constantes pesadelos, taquicardia e sudorese.</p>	<p>Sentia dores constantes em todo o corpo há vários anos, principalmente pela manhã. Também sentia grande fadiga, indisposição e muita dor de cabeça. Era paciente da Clínica de Dor a cerca de oito anos.</p>
<b>História do Sintoma</b>	<p>Há cerca de sete anos sofria com essa sintomatologia, que foi desencadeada a partir de uma relação difícil com uma liderança autoritária no trabalho. Passou por várias especialidades médicas, até chegar ao diagnóstico de fibromialgia e depressão. Fazia uso freqüente de ansiolíticos, analgésicos e antidepressivos. Acreditava que a Clínica de Dor era sua grande salvação, demonstrava fortes vínculos afetivos com os profissionais que lhe acompanhavam.</p>	<p>Há dezenove anos queixava-se de fortes dores, que a paralisavam e geravam um quadro depressivo. Acreditava que as dores eram ocasionadas principalmente pelas cirurgias de coluna (sete no total), considerava todas sem sucesso. Fazia uso freqüente de antidepressivos e ansiolíticos. Sentia-se bem com a bomba de morfina e considerava a Clínica de Dor como “sua casa”, onde se sentia protegida e acolhida.</p>	<p>Há sete anos teve câncer. Foi aposentada por invalidez, o que muito lhe incomodava. Tinha a sensação de “carregar o carimbo da dor, da invalidez no seu corpo” (sic). Para sentir-se útil, envolveu-se em várias pesquisas e realizou trabalhos com desenvolvimento de projetos. Mantendo-se sentada por muitas horas diante do computador, teve como seqüelas, fortes dores na região da bacia e foi submetida a um longo e doloroso tratamento.</p>	<p>Foi submetido a nove procedimentos cirúrgicos na coluna vertebral. Teve duas tentativas de suicídio, sentia-se “rejeitado” pelos médicos, que afirmavam que ele era “<i>um paciente que nunca ficava bom</i>” (sic). Sentiu-se acolhido na Clínica de Dor, mas, reclamava de dores constantes, mesmo com a bomba de morfina em seu corpo.</p>	<p>Passou por vários especialistas, até obter o diagnóstico de fibromialgia e depressão. Fazia uso constante de antidepressivos, ansiolíticos e analgésicos, mas não via melhora em sua sintomatologia. Por outro lado, nos finais de semana, saía para dançar e não reclamava de dor, demonstrando agir de forma alegre e participativa.</p>

<p><b>História Pessoal e Profissional</b></p>	<p>Casada, dois filhos, fazia parte de uma família com seis irmãos, sendo a única mulher e filha mais nova. Nasceu no sul do país, teve uma história de assédio sexual por parte do pai, que era alcoólatra. O marido era aposentado, alcoólatra, 25 anos mais velho. Trabalhou em escolas públicas e privadas, encontrava-se licenciada pelo INSS.</p>	<p>Casada, três filhos, fazia parte de uma família de onze filhos. Trabalhou por vinte e dois anos como atendente numa clínica médica. Há cinco anos se aposentou, o que lhe trouxe grande sofrimento, principalmente por ter o carimbo de “invalidez” na sua carteira de trabalho.</p>	<p>Casada, três filhos, nasceu numa família humilde do sertão paraibano, com oito irmãos. Foi a primeira filha a estudar e trabalhar na capital, tendo a responsabilidade de trazer os demais. Concluiu mestrado na área de saúde, aposentou-se como professora de uma Universidade pública e morava no interior da Paraíba.</p>	<p>Casado, três filhos. Estava vivenciando grande sofrimento, por seu filho ter que ir estudar em São Paulo, onde o tio pagaria sua Universidade particular no curso de medicina. Sentia-se impotente e fracassado diante das circunstâncias. Trabalhou em empresas de grande porte, encontrava-se aposentado, fazendo trabalhos voluntários.</p>	<p>Casada, três filhos. Nasceu no interior da Paraíba, onde morava sua família. Afirmava ter uma vida tranqüila e estável, trabalhava como funcionária pública. A família era organizada e estabilizada, daí afirmar: <i>“Eu não entendo o que acontece comigo. Os médicos afirmam que minha doença tem origem emocional, meus familiares e amigos afirmam que eu não tenho problemas, não tenho com o que me preocupar e o único sofrimento vem da minha doença... principalmente das fortes dores no corpo, que são constantes e geram grandes incômodos...”</i> (sic).</p>
<p><b>Processo de Acompanhamento</b></p>	<p>Foi acompanhada por dez meses, participava ativamente do processo, demonstrando investimento pessoal e interesse, acreditando ser importante para sua saúde. O processo foi encerrado antes de uma viagem de férias, de trinta dias para o Estado onde nasceu. No seu retorno, desejou iniciar um processo psicoterápico particular com a pesquisadora, sem estar relacionado ao contrato de participação na pesquisa.</p>	<p>Foi acompanhada por nove meses, participando do processo de forma assídua e pontual. Demonstrava estar se beneficiando e tinha forte empatia com a pesquisadora. Era cansativo ouvi-la, o foco do seu discurso era sempre as dores. Solicitava que pegasse na sua “bomba”, como se desejasse que pegasse na “sua dor”. Ao encerrar o processo, foi encaminhada para um grupo de pacientes que utilizam a bomba de morfina, que será formado pelos profissionais da Clínica de Dor.</p>	<p>Foi acompanhada durante um mês, enquanto estava em João Pessoa fazendo acompanhamento médico. Demonstrava preocupação em <i>“ajudar na pesquisa e contribuir com o crescimento da pesquisadora”</i>(sic). Ao sentir-se mais tranqüila, reagiu bem aos tratamentos para dor e retornou a suas atividades. Viajou para fazer curso de formação em outro Estado e posteriormente, retornaria ao sertão. Ficou combinado de que ela retomaria na ocasião das revisões médicas, mais isso não aconteceu.</p>	<p>O acompanhamento ocorreu em apenas dois encontros. Ele desapareceu, sem justificativa. Sentia-se bastante angustiado e deprimido, afirmava que dizia a sua esposa: <i>“não sei onde vou encontrar forças para ir a psicóloga...”</i> (sic). Tentamos vários contatos telefônicos, que eram sempre atendidos por sua esposa, que dizia que ele estava bem e daria o recado. Ele não retornou ao processo.</p>	<p>Foi acompanhada durante três meses, onde ocorreram cinco encontros. Ela afirmava ter grande interesse no processo, mas suas ações não demonstravam isso. Faltava constantemente, tentava mudar o horário e desmarcava em cima da hora ou simplesmente faltava sem avisar.</p>

## **5.2 Refletindo sobre a Experiência Dolorosa**

A dor é uma experiência que atinge a todos os seres humanos, mas não podemos deixar de considerar, que toda dor é sempre a dor de uma pessoa, por isso é uma experiência única, do indivíduo. E sendo assim, somente o indivíduo pode senti-la e descobrir o que essa dor tem a nos dizer. Entretanto, como mostra o Quadro Sintético dos Casos (5.1.1), nas queixas dos pacientes aparecem traços que - podemos dizer – são próprios de quem sente dor.

Partindo dessa perspectiva, apresentaremos a seguir alguns aspectos identificados nos relatos dos participantes da pesquisa.

- 1- O sentimento de desamparo e a demanda de cuidado**
- 2- O corpo que fala**
- 3- A necessidade de reconhecimento**
- 4- A necessidade de falar sobre as dores**
- 5- As Perdas**
- 6- Dinâmica familiar**
- 7- Os benefícios secundários dos sintomas**
- 8- Depressão, Isolamento Social e Improdutividade**

Cabe agora detalhar separadamente cada um destes aspectos.

**1 - O sentimento de desamparo e a demanda de cuidado:** Todos os participantes da pesquisa demonstraram sentimento de fragilidade e desamparo, com a conseqüente demanda de cuidado. A psicanálise tem mostrado que nos estados de adoecimento, ocorrem os processos de denegação de tal condição, sentimento de desamparo e regressões.

Nos participantes, esses aspectos eram expressos em pequenos gestos, desde o elevado nível de intolerância e exigência, o controle rígido nos horários de atendimento, a uma solicitação de um “olhar” diferenciado, como se demandassem que a equipe de cuidadores ocupasse o lugar de uma mãe protetora e cuidadosa.

Freud (apud Pereira 1999) supõe que um caminho para o entendimento entre a mãe e seu bebê começa a se estabelecer através das manifestações automáticas de descarga emocional do bebê quando este está acometido pelo acúmulo premente das necessidades. Manifestações como gritos, gemidos e expressões corporais de sofrimento demonstram uma vivência de insatisfação e desprazer, evidenciando sua impotência em modificar essa situação por ele próprio, requisitando o suporte de um Outro.

Contextualizando com nossa pesquisa, identificamos na fala e nos gestos dos participantes, um constante apelo para serem vistos, escutados e reconhecidos na sua dor. Como se o sentir-se amado, visto em seu sofrimento e cuidado por um Outro, representasse no inconsciente a proteção contra todas as ameaças. Um dos aspectos que nos chamava a atenção era a forte relação estabelecida com a equipe de cuidadores, que lhes proporcionava um espaço de fala, acolhimento e reconhecimento da sua dor. Assim, a participante Alice falava constantemente da sua dificuldade de mudar de cidade e viver longe da equipe, que considerava insubstituível, uma vez que temia sentir-se desamparada, sozinha, sem este suporte, e poderia vir a enfrentar o maior dos perigos: o de ser abandonada. Sobre isso, Freud (apud Pereira 1999), afirma: “Sentir-se amado pelo ‘ser superior’ representa, no inconsciente, a proteção contra todas as ameaças. Correlativamente, a perda do amor ou a separação do ser protetor corresponde ao maior dos perigos: o de ser abandonado a sua própria sorte ante um desamparo sem esperança” (p. 137).

Neste aspecto, identificamos também uma relação tranferencial com os cuidadores, na medida em que Alice utilizava os processos tranferenciais para transmitir o que esperava da equipe de cuidadores. Outra participante, Juliana, solicitava constantemente que a pesquisadora tocasse no seu corpo, onde se encontrava a bomba de morfina ou nas marcas das diversas cirurgias realizadas, que deixaram marcas (quelóides), buscando uma proximidade. Parecia-nos que o amparo objetivo dos cuidados médicos não supria a subjetividade do desamparo, que muitas

vezes era retratada na apresentação de um quadro regressivo, diante da situação de vulnerabilidade psíquica em que se encontrava.

Os traços depressivos eram evidenciados na irritabilidade, intolerância e o predomínio da tendência hostil em relação ao mundo. Constantemente, os participantes, também demonstravam dificuldades em tomar decisões, a incerteza constante e a falta de julgamento claro produziam um sentimento de inadaptação e desamparo frente à vida.

**2- O corpo que fala:** Este era um aspecto comum aos participantes: a fala através do corpo, como se seu corpo, e não sua mente estivesse produzindo uma significação. Para essas pessoas, seu corpo apresentava uma linguagem própria, autônoma. O corpo parecia ter sido convocado para um papel auxiliar do processo de elaboração psíquica e, então, tornava-se o palco para o sintoma psicossomático emergir. Frequentemente eram observadas as alterações ocorridas na postura corporal dos participantes.

Os traços depressivos eram evidenciados, principalmente, pelos seguintes pontos: o olhar revelava uma tristeza sem fim, a expressão facial parecia congelada, o corpo desvitalizado e sem brilho, que parecia carregar todo o peso do mundo. A linguagem que eles comunicavam, evidenciava também uma paralisia, imobilização e rigidez das mais variadas formas.

Um corpo depressivo que é objeto e fonte de uma insatisfação permanente é também, um corpo por onde circulam muitos conflitos pulsionais, onde as representações recalçadas, muitas vezes não traduzidas, paralisam-no numa vivência dolorosa de corpos esvaziados, numa insuportável existência. Assoun (1998) ressalta o papel do inconsciente nas relações entre o psíquico e o somático e daí evidencia as implicações da subjetividade no corpo, no seu adoecimento e nos seus sintomas. Nesse sentido, Queiroz (2008) afirma:

Lacan já observava que a lesão psicossomática não obedece, somente, as leis da linguagem própria do inconsciente. Também não responde a uma estrutura metafórica. Trata-se de um

modo binário de funcionamento que reivindica o sentido etimológico de “trauma”, ou seja, o sentido de “ferida” que supõe a existência de um corpo físico [...] A concepção lacaniana de real, simbólico e imaginário tem ajudado a relativizar tais concepções, pois tem demonstrado que o real somático está no coração de toda a experiência psicanalítica do inconsciente e, por conseguinte, não é prerrogativa dos sintomas classificados como psicossomáticos. Portanto, não se trata de psicologizar o acontecimento somático ou físico e sim de problematizar a noção de psicogênese.

Nossa percepção foi a de que, utilizando as formas corporais, os participantes denunciavam seus sofrimentos e se relacionavam com o mundo externo, através da dor e dos traços depressivos.

**3 - A necessidade de reconhecimento:** Era de fundamental importância para os participantes da pesquisa, serem reconhecidos na sua dor. Ter um diagnóstico para sua doença gerava certa tranquilidade, na medida em que mostrava que a dor não era uma farsa. O participante Pio ouviu de um médico que ele não era bem vindo em sua clínica, porque nunca ficava bom.

Nesse sentido, a Clínica de Dor funcionava como um espaço positivo de reconhecimento da dor, pois nela, o indivíduo era acolhido no seu sofrimento. Os participantes da pesquisa viam o trabalho da pesquisadora como uma extensão desse acolhimento proporcionado pela Clínica de Dor, apesar de dois deles não ter dado prosseguimento ao tratamento. Sabemos que acolher, não é somente reconhecer que a dor existe, mas proporcionar ao indivíduo uma possibilidade de entender a sua dor, colocando-a no plano da linguagem.

Reconhecemos como as histéricas dos tempos de Freud e Charcot foram bem sucedidas em despertar o interesse dos médicos e, sobretudo, em promover um saber no outro sobre o que elas próprias não sabiam de si mesmas. A histeria parecia intrigante para Freud, ao analisar seus pacientes, na maioria mulheres, com sintomas físicos que não podiam ser explicados fisiologicamente. Enquanto a maior parte dos médicos tratava dessas mulheres

com desdém, Freud se propôs a escutá-las, a partir da constatação: “Como se houvesse a intenção de expressar o estado mental através de um estado físico; e o uso linguístico fornece uma ponte pela qual isso pode ser efetuado” (Freud 1893, p. 43).

Com sua sensibilidade, Freud percebeu que o sintoma físico era reflexo de um processo mental que há muito estava reprimido e, assim, proporcionava as suas pacientes um lugar de escuta, no qual esses sintomas eram trabalhados no sentido de encontrar seu estatuto de palavra. Freud (1909) também fez referência ao descrédito proporcionado ao relato das históricas, considerando que o diagnóstico era concedido exclusivamente pelas sensações relatadas pelas pacientes:

... com o rótulo de histeria pouco se altera, portanto, a situação do doente, enquanto para o médico tudo se modifica. Pode-se observar que este se comporta para com o histérico de modo completamente diverso que para com o que sofre de uma doença orgânica. Nega-se conceder ao primeiro o mesmo interesse que dá ao segundo, pois não obstante as aparências, o mal daquele é muito menos grave. Os histéricos ficam privados da simpatia dos médicos, pois esses os consideram transgressores das leis de sua ciência (p. 29).

Consideramos essa opinião de Freud muito atual, pelo que constatamos nos depoimentos dos participantes da nossa pesquisa, principalmente aqueles com diagnóstico de fibromialgia. Isto nos faz questionar se existe ou não diferença entre as histórias de vida das pacientes ouvidas por Freud no final do século XIX e os pacientes ouvidos no presente estudo.

**4- A necessidade de falar sobre as dores:** Constatamos a elevada necessidade de falar sobre suas dores, já que apresentavam um discurso repetitivo, doloroso e cansativo. Ser ouvido por alguém é uma das formas de se sentir cuidado, além de dar espaço para que sua dor psíquica possa se expressar. Freud, em 1914, referiu-se a “compulsão e repetição”. No texto *Recordar, repetir e elaborar*, ele assim se expressa:

O analisado não recorda nada do esquecido ou reprimido, senão que o vive de novo. Não o reproduz como recordação, lembrança, senão como ato. Repete sem saber, naturalmente, que repete e enquanto o sujeito permanece submetido ao tratamento não se libera dessa

compulsão de repetir e acaba-se por compreender que este fenômeno constitui sua maneira especial de recordar (p. 1.684)

Freud considera aqui a repetição como um aspecto de resistência, onde o sujeito tende a repetir a experiência passada por meio da ação ao invés de recordar. Chama a atenção para o fato de que, a repetição não se dá apenas na relação médico e paciente, mas em todas as outras atividades e relações simultâneas do seu cotidiano durante o tratamento. Como é ligada a resistência, a repetição será tanto maior quanto mais intensa for esta resistência.

No texto “Inibições, sintoma e angústia”, Freud (1926) pontua:

O reprimido fica excluído da grande organização do ego como se fosse um proscrito e somente submetido às leis que regem o domínio do inconsciente. Quando a situação de perigo modificar-se de modo que o ego não tenha um motivo para empreender uma defesa contra um novo impulso instintual análogo ao reprimido, as consequências da restrição do ego que ocorreram tornar-se-ão manifestas. O novo curso do instinto se desenvolve sob a influência da compulsão à repetição [...] O fator que provoca a fixação é pois, uma repressão, a compulsão da repetição inconsciente do id, a qual normalmente só é suprimida pela função livremente móvel do ego (p. 2.871 – 2.872).

Freud acreditava que o indivíduo repetia tudo o que se incorporou ao ser, partindo da fonte do reprimido: suas inibições, suas tendências inutilizadas e seus traços de caráter patológico. Assim sendo, o objetivo do tratamento seria refrear a compulsão repetidora e converte-la em um motivo de recordação.

A repetição é necessária para que o sujeito adquira o domínio da situação, assuma a responsabilidade subjetiva na produção inconsciente da sua própria condição e a partir daí, possa elaborar e re-significar a experiência dolorosa. É importante a implicação do sujeito, através de uma tomada de posição subjetiva, em relação ao seu posicionamento diante da experiência dolorosa.

A dor é considerada como um verdadeiro “enigma” e por mais dolorosa que seja, precisa ser introduzida, através da linguagem, no mundo da representação e dos símbolos, para que seja “decifrada” e endereçada ao outro. Acreditamos que o diálogo terapêutico que estabelecemos, ajudou no reconhecimento de suas emoções e de sua tradução na esfera

somática, onde o sintoma psicossomático se faz portador dos sentidos emocionais. A maioria dos participantes situava seus problemas na esfera médica: *“Eu tomando esse remédio, se Deus quiser, vai passar...”* (sic). No desenvolvimento do nosso acompanhamento, pelo reconhecimento da própria dor em seu caráter psíquico em vez de diretamente expressa no campo somático, os participantes foram fazendo o percurso de sua recuperação: *“Eu não quero ficar doente... tenho muito que fazer ainda...”* (sic). Eles passaram a produzir uma nova consciência sobre o sentido dos seus sintomas, abdicando dos traços depressivos para construir uma nova abordagem para suas vivências.

Acreditamos que, ao analista cabe escutar, reconhecer e testemunhar, junto ao seu paciente, o que há de mais próprio e singular em suas dores e sintomas. Dores essas, que o põem num movimento de significação de suas repetições crônicas e represadas, que desnudam uma pulsão conservadora, que exigem representação e suplicam sentido. Se o processo psicanalítico leva o paciente de volta a sua própria imagem, movendo-o ao reencontro consigo mesmo, abre veredas ao chamá-lo a um trabalho de responsabilização e implicação subjetiva, trazendo a possibilidade, por conseguinte, de que, ao passar pelos andaimes de sua subjetividade, ao contar a história de suas dores, atravessando-as, possa assumi-las, integrá-las e, a partir delas, construir narrativas desobstruidoras que potencializem mudanças criativas e transformadoras.

**5- As Perdas:** Verificamos que os participantes da pesquisa vivenciaram perdas profundamente significativas, seja de caráter “real” ou “simbólico”. Dinamicamente considerada, a perda parece ser o fator primordial para as somatizações. Foram as conseqüências psíquicas dessas perdas que trabalhamos, abordando a questão dos significados vivenciados e não da mera circunstância objetiva. Em relação às perdas

simbólicas, estão incluídos nelas os laços afetivos e rupturas de significativo laço emocional, observados em alguns participantes.

Para uma melhor compreensão desse conceito, nos referimos à noção de simbiose em psicanálise, em que se compreende que, na construção do psiquismo, todas as pessoas vivenciam uma etapa simbiótica com sua mãe ou quem lhe faça o papel. Essa experiênciacia necessita desenvolver-se enquanto processo de separação e individuação para que os dois sujeitos psíquicos, mãe e filho, consigam uma constituição psíquica adequada (Bick, 1991 & Mahler, 1978, apud Ávila 2004, p. 99). As participantes Teresa e Juliana falavam constantemente do seu sofrimento diante da aposentadoria precoce, principalmente, com o carimbo de “invalidez” em sua carteira de trabalho. Diziam: *“A sensação foi de que a dor carimbou o meu corpo como inválida... Este é o passaporte da dor, da dificuldade e do sofrimento”* (sic).

**6- Dinâmica familiar:** Na dinâmica familiar dos participantes, a presença da mãe era muito marcante. Eles a descreviam como a pessoa mais importante das suas vidas, mas eles próprios sentiam-se frágeis nos lugares de mãe/pai dos seus filhos. Sentiam-se despreparados para lidar com os filhos, fragilizados pela doença e queriam, na verdade, serem cuidados por estes. Na sua maioria, tiveram a oportunidade de cuidar dos seus pais, sentiam-se responsáveis por eles e tinham expectativa de que seus filhos tivessem o mesmo comportamento.

A figura paterna, apesar de provedora, parecia não exercer a função de pai o suficiente para interditar o gozo da relação mãe e filho. Os pais eram violentos, mas não representantes da lei, usavam sua autoridade de pai para se mostrarem imperativos, misturando, de certa forma, gozo e prazer. Nossas intervenções procuraram auxiliar no processo de auto-avaliação, de revisão de sua história e busca dos sentidos que nortearam sua vida. A participante Teresa

deixava clara sua missão e seu projeto de vida: servir aos outros. Ela acreditava que funcionava como um “amuleto” para a família: “Eu preciso dar força para eles, não sei como conseguirão viver sem mim...” (sic). Outro participante, Pio, vivenciou uma mudança súbita de papel familiar. Em função da sua situação de desemprego e incapacidade produtiva, parentes assumiram financeiramente as despesas da casa e a formação educacional dos seus filhos, gerando um sentimento de não ser mais capaz de desempenhar uma função que antes tinha na família e que constituía uma base para sua auto-imagem e auto-estima.

**7- Os benefícios secundários dos sintomas:** Na doença, o indivíduo passa a ser cuidado e em algumas situações, obtêm benefícios, que podem ser considerados “ganhos secundários”. A constatação de um ganho secundário foi feita por Freud em diversos pontos de sua obra, especialmente na “Conferência XXIV, O Estado Neurótico Comum” (1917), conforme descrito no capítulo 3 – A dor no ponto de vista da psicanálise.

Qualquer doença, por mais incapacitante que seja, traz implícitos certos benefícios ao habilitar o sujeito que a sofre a demandar ajuda, apoio, reconhecimento e diversas formas de interação com as pessoas e o meio em que vive, levando em consideração a sua condição. Juliana, uma de nossas participantes, comentou que quando estava doente, a família lhe proporcionava maior assistência, levavam comida na cama, não faziam barulho para que ela pudesse descansar, dentre outras atenções dispensadas. Quando contrariada, usava o argumento da doença para fazer com que os familiares lhe atendessem, como mostra no trecho que segue: “Você sabe que sua mãe é uma mulher doente, utiliza remédios fortes e uma droga pesada no corpo, não tem condições de enfrentar mais sofrimentos ... Você não pode fazer isso comigo” (sic).

**8- Depressão, Isolamento Social e Improdutividade:** Identificamos entre os participantes o efeito paralisante da dor, que implica em certa fixação, ou seja, o indivíduo fica tão fixado na dor, que não consegue ver mais nada além dela. Tal comportamento nos remete aos traços depressivos, reforçando a correlação dor crônica/depressão. Ao queixar-se, gritar e chorar, o afeto circula em níveis primitivos, dificultando o acesso à produção de sentido.

Como comentam Leite e Pereira (2003), cada intervenção médica no corpo ou diretamente sobre o sintoma se inscreve no indivíduo como palavras definitivamente fixadas, da ordem da pulsão de morte, da repetição. Observamos que os participantes pareciam ter incorporado em sua vida uma identidade pessoal, familiar e social enquanto pessoas que estão ou podem se tornar incapacitadas para as funções que antes desempenhavam. Assumiam o papel de "ser doente".

Em seus relatos, era comum eles falarem de seu isolamento social, ocorrido em função das limitações físicas, emocionais e financeiras. Os gastos com medicamentos, tratamentos alternativos e profissionais da área de saúde, geravam uma queda no poder aquisitivo da família. Vivenciavam sentimento de ser um estorvo na família, sentiam-se inválidos e improdutivos, gerando baixa auto-estima. A participante Juliana ouviu da filha que ela era um estorvo na sua vida, o que lhe proporcionou grande sofrimento e uma conseqüente "crise de dor". Por outro lado, como descrevemos no item anterior, ela usava a doença para submeter os outros ao seu desejo. Como boa histérica ela faz da doença seu agalma.

O traço depressivo foi observado em todos os participantes, acompanhado de desesperança e, em alguns casos, de privação de cuidados pessoais, interferindo significativamente na qualidade de vida e nas relações interpessoais. No caso de Rita de Cassia, tal traço aparecia durante a semana; queixava-se constantemente de fortes dores

corporais e depressão, mas freqüentemente nos finais de semana, saia para dançar e nesse contexto, a dor desaparecia. Essa situação reforça a afirmação de Freud (apud Queiroz 2009), de que, mesmo a dor física mais intensa deixa de existir quando há um desvio psíquico ocasionado por algum outro interesse.

Observamos que, junto às queixas de caráter somático, surgiam, de forma insidiosa, uma referência ao estado mental, uma avaliação e julgamento sobre os seus sintomas e vivências. Era comum ouvir frases como: “Eu me sinto inútil...” (sic) ou “Não sei se é porque eu fico ansiosa... eu não sei por que eu sinto isso, geralmente é quando eu fico preocupada...” (sic). A descrição “sentir-se nervoso” foi muito freqüente e, nos parecia ser uma expressão que conotava o mesmo sentido de “mal-estar” e de sintomas similares. Isso também acontecia com “preocupação” e “dor de cabeça”, pois para alguns participantes, elas diziam a mesma coisa.

Freud propôs a existência de dois pólos soberanos, de que, o ser humano possui uma tendência à vida e também, uma tendência a repetir o mórbido, o doentio, apegando-se ao sofrimento. Essas tendências foram denominadas como pulsão de vida e pulsão de morte. A pulsão de morte manifesta-se no comportamento dos participantes, pela compulsão à repetição de um padrão sintomático mórbido, em algumas situações, eles não absorviam os esclarecimentos médicos feitos em relação a seu estado de saúde e em alguns casos de internação, deixavam o hospital antes da alta médica. No caso do participante Pio, que tentou suicídio por duas vezes, tinha pesadelos constantes e sonhava com pessoas que já tinham morrido. Nos sonhos, as pessoas mortas encontravam-se tranqüilas e felizes, como ele afirmava: “*não sentiam dores*” (sic).

A pulsão de vida era retratada pela esperança de cura e qualidade de vida que os participantes nutriam quando não estavam deprimidos. Esse aspecto também era identificado

pela disponibilidade de cuidar e pela boa intenção dos profissionais da área de saúde, que buscavam superar o estado doentio dos participantes, com paciência e muita dedicação.

Esses foram os aspectos observados, no seu detalhamento. Entretanto, no seu conjunto também permitem algumas observações.

Concluindo a análise do acompanhamento das experiências dolorosas vivenciadas pelos participantes da pesquisa, nos reportamos à temática deste estudo, onde propomos uma reflexão sobre as dimensões psicológicas da dor corporal na contemporaneidade, onde interrogamos se trata-se ou não de uma dor crônica ou de um corpo deprimido.

Os quadros depressivos evidenciavam-se quando as dores apareciam ou tornavam-se mais intensas. Enquanto às dores, principalmente quando em maior intensidade, estavam também associadas a aspectos significativos dos traços depressivos, como o sentimento de perda, o desamparo, os ganhos secundários do sintoma, comentários auto-referentes e depreciativos e a necessidade de reconhecimento, tão preciosa aos quadros de histerias.

Os aspectos que observamos e acima descritos, no nosso entendimento, das evidências recolhidas na pesquisa, permitem-nos afirmar que manifestam-se sintomas que permitem a caracterização dos traços depressivos como quadro subjacente à dor crônica. Esta observação parece-nos relevante na compreensão da dor crônica e seu aspecto subjetivo, conforme abordaremos a seguir nas considerações finais.

## Considerações Finais

O propósito do presente estudo foi aprofundar a compreensão da dimensão subjetiva e emocional da experiência da dor crônica como uma patologia que vem chamando a atenção dos governantes, tanto que o Ministério da Saúde instituiu a Câmara Técnica em Controle da Dor e Cuidados Paliativos, para atender a essa população, e hoje, no Brasil, há várias Clínicas de Dor.

Resta claro que a cultura do corpo e a ênfase na sensorialidade têm feito com que haja uma espécie de hipertrofia da sensação, quer para o prazer, quer para o desprazer como a dor. Por outro lado, como reconhecem alguns pensadores como Roudinesco (2000), nosso século é de deprimidos, e isso nos leva a pensar que o olhar se dirige para o corpo, que se tornou também o cenário dos conflitos, para onde escoam as angústias e depressões. Nesse contexto, as dores físicas crônicas podem ser uma manifestação de um corpo deprimido ou de uma modalidade de histeria contemporânea.

Para refletir sobre tais questões, iniciamos fazendo análise da dor numa perspectiva histórica, considerando, posteriormente, os seus principais aspectos sob a ótica da medicina, da psicologia e da psicanálise.

No segundo momento, abordamos o tratamento da dor nos centros multidisciplinares, descrevendo uma experiência de escuta terapêutica, envolvendo cinco pacientes encaminhados por uma Clínica de Dor, diagnosticados como portadores de dor crônica e depressão, fazendo uma reflexão sobre os traços comuns e a experiência dolorosa identificada.

Na tentativa de compreender a questão da experiência da dor física, confirmamos que os mecanismos neurofisiológicos da dor estão, cada vez mais, conhecidos e, igualmente, os recursos terapêuticos utilizados no tratamento das manifestações dolorosas. Apesar disso,

continuam as dificuldades das equipes terapêuticas na compreensão da etiologia, do desenvolvimento e do tratamento da dor crônica. Observamos que, na clínica médica e nas pesquisas realizadas, existe uma atenção privilegiada ao pólo sensorial em detrimento do emocional.

Na definição oficial de dor, a Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) descreve-a como sendo uma experiência sensorial e *emocional* desagradável associada a uma lesão tissular existente ou potencial, ou descrita em termos que significam tal lesão.

Na nossa concepção, a dimensão emocional deveria ser melhor descrita, uma vez que nela se incluem os aspectos inconscientes. A experiência clínica tem-nos mostrado os riscos de alguns tratamentos de dor que negligenciam as dimensões psicoafetivas, históricas e traços relacionais da dor do paciente.

Normalmente, antes de chegar à Clínica de Dor, as pessoas passam por várias especialidades médicas, em busca de um diagnóstico para sua problemática. Nesse trajeto, elas se submetem a diversos procedimentos terapêuticos, desde a utilização de medicamentos como analgésicos, antiinflamatórios, derivados de morfina, a procedimentos cirúrgicos sofisticados que, muitas vezes, têm, como resultado final, uma mutilação do corpo ou uma evolução clínica grave, às vezes incompreensível ante a ausência de evidências que possam justificá-los.

No percurso, talvez tenhamos absorvido mais perguntas do que respostas. Aprendemos a compreender o caráter indissociável das dimensões psíquicas e somáticas da dor, bem como as resistências por parte dos meios médicos e científicos em pensar fora do dualismo psicofísico. No âmbito da psicanálise, ficou claro que ainda temos muito o que compreender, principalmente sobre a relação entre dor e depressão, que são referências para este estudo.

No que diz respeito aos aspectos que envolvem a relação entre depressão e dor crônica, continua pairando controvérsia. A partir de nossa pesquisa e observação clínica, concluímos que a depressão é extremamente comum em pacientes portadores de dor crônica, e que sintomas físicos dolorosos são mais comuns em pacientes deprimidos.

Ao que parece, a depressão não é somente uma condição co-mórbida, mas interage com a dor crônica aumentando a morbidade e a mortalidade desta. Assim, entendemos que a depressão deve ser tratada, e não apenas entendida como resultado esperado do sofrimento decorrente da cronicidade do sintoma doloroso.

Porém, não podemos desconsiderar a presença de uma “pseudodepressão”, conforme comentamos no caso de uma participante da pesquisa que se sentia deprimida durante toda a semana, mas, no final de semana, saía para dançar alegremente, sem queixas de dor ou depressão.

Sabemos que o traço de depressão é também encontrado nos quadros de histeria; logo, na relação entre depressão e dor crônica, há que se considerar não somente o quadro de depressão como transtorno, como descreve o Manual Diagnóstico e Estatístico dos Distúrbios Mentais DSM IV e Código Internacional de Doenças CID 10, mas também o traço da depressão como um dos sintomas presentes em outros transtornos.

No processo de escuta terapêutica, entendemos que a dor pode ser vista como um fenômeno “relacional”, em que um Outro, mesmo imaginário, está sempre implicado, levando-se em consideração, principalmente, o poder que o fenômeno da dor possui de mobilizar as pessoas que estão próximas ao sujeito que sofre, refletindo em todo o núcleo familiar.

Concordamos com Volich (1999), quando comenta que a dor é uma demanda a ser compreendida, um sinal de alerta da pulsão de vida sobre os riscos de destruição proporcionados pela pulsão de morte, quando não há espaço para a elaboração do desamparo

e dos núcleos mais primitivos da existência do sujeito, a atividade de representação e a vinculação objetal.

Mas, esses efeitos não são vistos pelos profissionais da área de saúde ou, pelo menos, não são considerados no tratamento, justamente porque são eles “formados” para ver, identificar, diagnosticar e tratar a doença, considerando o doente como aquele que porta uma doença. No entanto, o sujeito que sofre tem um saber inconsciente sobre seu sofrimento, está implicado e também é autor do sofrimento.

A demanda implícita do sofrimento do paciente é direcionada para quem cuida dele, levando – muitas vezes e inconscientemente – o paciente a atribuir-lhes responsabilidades pelo sofrimento e demora na sua “cura”. Isso repercute naqueles que cuidam, os quais, por vezes, vêm-se acuados ante o apelo insistente do paciente.

Por isso, temos que considerar os efeitos transferenciais e contratransferenciais na relação terapêutica com esses pacientes, conforme identificamos no comportamento dos participantes da pesquisa descrita neste estudo.

Desse modo, no contexto atual, há a exigência de inclusão do profissional de psicologia, justamente pela necessidade de escuta diferenciada e cuidadosa, que dê suporte ao desamparo e demandas psíquicas implícitas na queixa dolorosa. Destacamos, então, a importância das Clínicas de Dor, com foco na atenção básica ao paciente, num trabalho que tende a ser interdisciplinar.

Na relação psicanalítica, alguns pacientes, sobretudo os que apresentam distúrbios somáticos, esperam do analista o mesmo que esperam do seu médico, ou seja, ver seu sofrimento e seus sintomas prontamente resolvidos.

Tal comportamento foi observado nos participantes da nossa pesquisa, nos contatos iniciais, quando demonstravam estar em busca de um novo remédio, ou simplesmente um novo tratamento prescrito. Na maioria dos casos, um médico lhes recomendara análise, sem

que eles próprios tivessem experimentado esse desejo. Daí, a necessidade da construção de uma aliança terapêutica, para fortalecer essa relação, ao iniciarmos o acompanhamento, mesmo para fins de pesquisa.

Ao contrário da clínica médica, na clínica analítica, a sustentação da demanda é o motor do trabalho, durante todo o processo de análise. Como comenta Fernandes (2003), essa demanda, que precisa ser mantida, levará a uma pesquisa do material inconsciente, estabelecendo, assim, uma espécie de continuidade capaz de construir e fortalecer elos entre a história do paciente e a sua vida atual.

Sobre o tema, Fedida (apud Fernandes 2003, p.93-94) comenta que a passagem para uma clínica psicanalítica pressupõe uma transformação pela escuta da relação com o visível. Daí se denota que aquele que atende deve se abstrair de seu corpo, permitindo que o doente faça o mesmo; somente dessa maneira, pode-se exercer sobre o corpo um saber e um poder.

Isso significa também dizer que o corpo é o cenário onde atuam *os fantasmas do paciente*, como também espaço de trocas primitivas do sujeito com o outro. A presença do corpo na clínica contemporânea vai muito além daquelas situações em que uma queixa somática é formulada.

Numa melhor compreensão dos processos transferenciais, podemos afirmar que o analista *escuta com o corpo inteiro* e, como a autoridade materna, acolhe – em seu próprio corpo – o sofrimento do outro.

Durante o acompanhamento, observamos que a experiência dolorosa se manifesta em diferentes sinais: nos gestos, na tonalidade da fala e no ritmo de suas ações. Tais sinais não só foram observados pela pesquisadora, como foram sentidos transferencialmente por ela.

Fedida (apud Fernandes 2003, p.118) – parodiando Freud na expressão *recordar, repetir e elaborar* – observa que o trabalho analítico consiste em *receber, conservar e reconstituir*.

Assim, pela ótica do autor, denota-se que se deve propiciar um clima de reconstrução das fantasias, receber e conservar, no próprio corpo, os traços de inscrição da dor do outro, para tornar possível a compreensão da diversidade do funcionamento psíquico.

É evidente que a objetividade do olhar médico no trato com a dor não pode ser dispensada, mas requer considerar também seu aspecto subjetivo.

Daí a necessidade de uma equipe interdisciplinar em que o psicanalista esteja presente para ouvir quem sofre, ou seja, o sujeito dolorido, que não pode abdicar de sua subjetividade em qualquer circunstância da doença, sendo preciso ajudá-lo a se reconhecer e agir como sujeito de sua própria história, reescrevendo-a, ao considerar-se capaz de identificar as fontes de sua dor e do seu prazer.

Afirmamos a importância dessa experiência para nossa vivência pessoal e profissional, realçando as contribuições da pesquisa, com base no que foi identificado nos resultados dos acompanhamentos realizados.

É inegável que falar sobre as dores produziu mudanças substantivas nos sujeitos sofredores participantes, tais como: mudança da relação do sujeito com a dor, aceitação das limitações físicas, melhoria da auto-estima, ressurgimento da esperança e expectativa de futuro.

Conseqüentemente, houve diminuição do consumo de medicamentos, pois a dor – antes insuportável – diminuiu em intensidade, e os sujeitos passaram a se sentir seguros, resgatando os sonhos e se reinserindo no grupo produtivo familiar e social.

No nosso entender, este trabalho significa uma importante contribuição na compreensão da dor crônica no seu aspecto subjetivo, instigando os estudiosos da dor no sentido de relativizar a dimensão psicofísica.

Como nos ensina Assoun (2004), a “dor psíquica” pode fisicalizar, e a “dor física” pode se volatilizar pela palavra. Nesse sentido, concordamos com Creder (2002) no sentido de que a dor é uma só porque o inconsciente é psicossomático (Assoun 2004).

O trabalho dos psicanalistas junto às clínicas de dor passa a ser de fundamental importância nessa relativização e no acompanhamento de tais pacientes, o que significa subverter a ordem da presença, por exemplo, de traços depressivos – que, na literatura médica vigente, aparecem mais como consequência do quadro dolorido, no entanto há que se considerar também a presença da dor como uma manifestação depressiva no corpo.

## Referências

- Adams, H. E., Iezzi, A. & Kern Jr. T. (1988). Medicina Comportamental. In. H. W. Lettner & B. P. Rangé (Orgs.), *Manual de psicoterapia comportamental*. (pp. 264- 284). São Paulo: Manole.
- Aguiar R. W., Caleffi, L. (2001). Dor Crônica. In. R. Fráguas Jr. & J. A. B. Figueiró (Orgs.), *Depressões em medicina interna e em outras condições médicas: depressões secundárias*. (pp. 407- 418). São Paulo: Atheneu.
- Aguiar R. W., Caleffi, L. (2005). Abordagem psicodinâmica do paciente com dor. In. C. L. Elzirik, R. W. Aguiar & S. S. Schestatsky (Orgs.), *Psicoterapia de orientação analítica: fundamentos teóricos e clínicos*. (pp. 689- 701). (2a ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Andrade, C. D. (2002). *Corpo*. (16a ed.). Rio de Janeiro: Record.
- Andrasik, F., Flor, H., Perissinotti, D. M. N. (2009). Biofeedback. In: O. Alves Neto, C. M. C. Costa, J. T. T. Siqueira & M. J. Teixeira (Orgs.), *Dor: princípios e práticas*. (pp. 1017-1030). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Anzieu, D. (1989). *O Eu- pele*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Assoun, P. L. (1998). *Lecciones psicoanalíticas sobre cuerpo y sintoma*. (H. Pons, Trad.). Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión SAIC.
- Assoun, P. L. (1996). *Metapsicologia freudiana: uma introdução*. (D. D. Estrada, Trad.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Ávila, L. A. (2004). *O eu e o corpo*. São Paulo: Escuta.
- Berlinck, M. T. (1999). A dor. In. M. T. Berlinck (Org.), *Dor*. (pp. 07- 22). São Paulo: Escuta.
- Bibring, E. (1953). The mechanism of depression. In: Greenacre, P. *Affective disorders: psychoanalytic contributions to their study*. New York: International Universities.
- Bond, M. R. (1984). *Pain*. Edinburgh: Churchill Livingstone.

Bonica, J. J. (1953). *The management of pain*. Philadelphia: Lea e Febiger.

Brasil. Ministério da Saúde. (2006, dezembro). Portaria N° 3.150 de 12 de dezembro de 2006 institui a câmara técnica em controle da dor e cuidados paliativos. *Diário Oficial da União*. Brasília.

Calligaris, C. (2001, abril 05). Dores do espírito e dos músculos. *Folha de São Paulo*.

Carmelo do Imaculado Coração de Maria e Santa Terezinha (Coord.). (1986). *O espírito de Santa Tereza do Menino Jesus conforme seus escritos e testemunhas oculares de sua vida*. (2a ed.). São Paulo: Paulinas.

Carvalho, M. M. M. J. (1999). Palavras iniciais. In. M. M. M. J. de Carvalho. (Org.), *Dor: um estudo interdisciplinar*. (pp. 09- 11). São Paulo: Summus.

Creder, M. (2003). *A dor entre o corpo e a alma: um estudo psicanalítico sobre a metáfora do sofrimento*. Recife: R. C. Editores.

Delouya, D. (1999). A dor entre o corpo, seu anseio e a concepção de seu objeto. In. M. T. Berlinck. (Org.), *Dor*. (pp. 23-33). São Paulo: Escuta.

Engel, G. L. (1959). Psychogenic. Pain and the pain-prone patient. In: *Psychological Vulnerability to Chronic Pain*. (pp. 179-221). Springer Publishing Company.

Engel, G. L. (1975). Dor. In: MacBryde. *Sinais e sintomas*. 5ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Fernandes, M. H. (2003). *Corpo*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Figueiró, J. A. B. (1999). Aspectos psicológicos e psiquiátricos da experiência dolorosa. In. M. M. M. J. de Carvalho. (Org.), *Dor: um estudo multidisciplinar*. (pp. 140- 158). São Paulo: Summus.

Foguel, E. S. & Kraychete, D. C. (2000). Um amálgama sintomático: teoria psicanalítica e dor muscular de longa duração. *Revista Dor*, 3, 14- 18.

Foguel, E. S. & Kraychete, D. C. (2004). Quando o paciente “adere” à dor. *Revista Brasileira de Neurologia e Psiquiatria*, 8, 51- 55.

- Freud, S. (1974). Conferência XVII: o sentido dos sintomas. In. J. Salomão (Trad.), *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 16 pp. 305-322). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1917)
- Freud, S. (1975). Além do princípio do prazer. In. J. Salomão (Trad.), *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 18 pp. 17- 85). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1920)
- Freud, S. (1975). Histeria. In. J. Salomão (Trad.), *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 01 pp. 79- 100). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1888)
- Freud, S. (1975). O mal- estar na civilização. In. J. Salomão (Trad.), *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 21 pp. 75- 171). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1930)
- Freud, S. (1975). Recordar, repetir e elaborar (Novas recomendações sobre a técnica da psicanálise II). In. J. Salomão (Trad.), *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 12. pp. 191- 203). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1914)
- Freud, S. (1976). Inibição, sintoma e angústia. In. J. Salomão (Trad.), *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 20 pp. 95-201). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1926)
- Freud, S. (1995). Projeto para uma psicologia científica. In. J. Salomão (Trad.), *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 01 pp. 303-362). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1895)
- Freud, S. (1996). Tratamento psíquico (ou mental). In. J. Salomão (Trad.), *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 07 pp. 302- 303). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1905)
- Guimarães, S. S. (1999). Introdução ao estudo da dor. In: M. M. M. J. de Carvalho. (Org.), *Dor: um estudo multidisciplinar*. (pp. 13- 30). São Paulo: Summus.
- Hackett, T. P. , Bouckoms, A. (1985). The pain patient: evaluation and treatment. In: Hackett, T.P., Cassin, N. *Handbook of General Hospital Psychiatry*. 4<sup>a</sup> ed. Baltimore: Williams & Wilkins.

- Jales, L. (2009). Dor por metástase. In. 9º *SIMBIDOR- Simpósio Brasileiro e Encontro Internacional sobre dor*. (pp. 43- 48). São Paulo: Office Editora.
- Janowsky, D. S., Sternbach, R.S. (1976). The patient with pain. In: Abram, H.E. *Basic psychiatry for the primary physician*. Boston: Little Brown.
- Lacan, J. (1998). *Escritos*. (V. Ribeiro, Trad.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Leite, A. C. de C. & Pereira, M. E. C. (2003). Sofrimento e dor no feminino. Fibromialgia: uma síndrome dolorosa. *Psychê*, 7, 97- 106.
- Lima, M. (1992). A dor crônica sob o olhar médico: modelo biomédico e prática clínica. *Cadernos de Saúde Pública*, 23, 2672- 2680.
- Lisieux, Teresa de. (1984). *Conselhos e lembranças*. (2a ed.). Petrópolis: Vozes.
- Lobato, O. (1992). O problema da dor. In. J. Mello Filho. *Psicossomática hoje*. (pp. 165- 178). Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- Loduca, A. (1999). Atuação do psicólogo em um serviço multidisciplinar de tratamento da dor crônica: experiência da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. In. M. M. M. J. de Carvalho. (Org.), *Dor: um estudo multidisciplinar*. (pp. 1196 – 1221). São Paulo: Summus.
- Melo Filho, J. (Org.), (2007). *Grupo e corpo: psicoterapia de grupo com pacientes somáticos*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Merksey, H., Spear, F.C. (1967). The concept of pain J. Psychos. Research. n. 11 (pp. 59-67).
- Murta, S. G. (1999). Avaliação e manejo da dor crônica. In. M. M. M. J. de Carvalho. (Org.), *Dor: um estudo interdisciplinar*. (pp. 174- 195). São Paulo: Summus.
- Nasio, J. D. (2008). *A dor física: uma teoria psicanalítica da dor corporal*. (A. Telles & L. Magalhães, Trad.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Nasio, J. D. (1993). *Cinco lições sobre a teoria de Jacques Lacan*. (V. Ribeiro, Trad.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Nasio, J. D. (1992). *Lições sobre os 7 conceitos cruciais da psicanálise*. (V. Ribeiro, Trad.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Neri, M. (2009). 30% da população global sofre de dor crônica. *Jornal Correio Braziliense*. Acessado em 05 de novembro, 2009, de <http://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia182/2009/10/19/cienciaesaude,i=149128/30+DA+POPULACAO+GLOBAL+SOFRE+DE+DOR+CRONICA.shtml>

Oliveira Jr., J. O. (2004). A via cirúrgica dos opiáceos no tratamento da dor. *Revista Prática Hospitalar*, 35, n.p. Acessado em 27 de junho, 2009, de <http://www.praticahospitalar.com.br/pratica%2035/paginas/materia%2004-35.html>

Organização Mundial de Saúde (1993). *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. (D. Caetano, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas.

Padre Pio de Pietrelcina. Acessado em 15 de dezembro, 2009, de [http://www.padrepio.catholicwebservices.com/PORTUGUES/Biografia\\_port.htm](http://www.padrepio.catholicwebservices.com/PORTUGUES/Biografia_port.htm)

Pereira, M. E. C. (1999). *Pânico e desamparo: um estudo psicanalítico*. São Paulo: Escuta.

Perissinotti, D. M. N. (2001). *Estudo de condições psicológicas e de qualidade de vida de 50 doentes com cefaléia crônica decorrente de síndrome miofascial cervical*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo.

Perissinotti, D. M. N. (2006). *Estudo sobre a efetividade da técnica de biofeedback em grupo de doentes com migrânea crônica*. Tese de Doutorado. Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo.

Perissinotti, D. M. N., Figueiró, J. A. B. & Fortes, S. L. (2001). Procedimentos psicoterápicos para o tratamento da dor. In: M. J. Teixeira & J. A. B. Figueiró. (Orgs.), *Dor: epidemiologia e fisiopatologia, avaliação, síndromes dolorosas e tratamento*. (pp. 141-149). São Paulo: Grupo Editorial Moreira Jr.

Perissinotti, D. M. N. (2009). Métodos psicológicos em dor. In: 9º *SIMBIDOR- Simpósio Brasileiro e Encontro Internacional sobre Dor*. (pp. 206- 212). São Paulo: Office Editora.

Pimenta, C. A. M. (1995). *Aspectos culturais, afetivos e terapêuticos relacionados à dor no câncer*. Tese de Doutorado. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Pimenta, C. A. M. (1999). Fundamentos teóricos da dor e de sua avaliação. In: M. M. M. J. de Carvalho. (Org.), *Dor: um estudo multidisciplinar*. (pp. 31- 46). São Paulo: Summus.

Pontalis, J. B. (2005). *Entre o sonho e a dor*. São Paulo: Idéias e Letras.

Queiroz, E. F. (2002). A pesquisa em psicopatologia fundamental: um discurso transdisciplinar. In. Queiroz, E. F. & Silva, A. R. R. (Orgs.), *Pesquisa em psicopatologia fundamental*. (pp. 15- 25). São Paulo: Escuta.

Queiroz, E. F. (2008). O Inconsciente é psicossomático. *Mal-Estar e Subjetividade*, 8, 911-924. Acessado em 23 de fevereiro de 2010, de <http://pepsic.bvs-psi.org.br/pdf/malestar/v8n4/04.pdf>

Queiroz, E. F. (2009). *A dor corporal e sua representação psíquica: de Freud a Lacan*. Seminário apresentado e discutido em 29 de outubro de 2009, no Laboratório de Psicopatologia Fundamental e Psicanálise do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica da Universidade Católica de Pernambuco.

Rocha, Z. (2009) *A dor física e psíquica na metapsicologia Freudiana*. Seminário apresentado e discutido em 15 de outubro de 2009, no Laboratório de Psicopatologia Fundamental e Psicanálise do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica da Universidade Católica de Pernambuco.

Roudinesco, E. (2000). *Por que a psicanálise?* Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Safra, G. (1993). O uso do material clínico na pesquisa psicanalítica. In. M. E. L. SILVA. (Coord.), *Investigação em psicanálise*. (pp. 119- 132). São Paulo: s.n.

Santa Alice. Acessado em 15 de dezembro, 2009, de [http://www.religiaocatolica.com.br/santosdodia\\_janeiro.asp](http://www.religiaocatolica.com.br/santosdodia_janeiro.asp)

Santa Juliana de Falconieri. Acessado em 15 de dezembro, 2009, de [http://www.religiaocatolica.com.br/santosdodia\\_janeiro.asp](http://www.religiaocatolica.com.br/santosdodia_janeiro.asp)

Santa Rita de Cássia. Acessado em 10 de dezembro, 2009, de <http://www.diocesedejundiai.org.br.htm>

Santa Rita de Cássia. Acessado em 15 de dezembro, 2009, de [http://www.religiaocatolica.com.br/santosdodia\\_janeiro.asp](http://www.religiaocatolica.com.br/santosdodia_janeiro.asp)

- Santa Teresa do Menino Jesus. Acessado em 15 de dezembro, 2009, de [http://www.religiaocatomica.com.br/santosdodia\\_janeiro.asp](http://www.religiaocatomica.com.br/santosdodia_janeiro.asp)
- Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor - SBED. Acessado em 04 de Julho, 2008, de <http://www.dor.org.br>.
- Strain, J.J. (1975). The problem of pain. In: Strain, J.J., Grossman, S. Psychological care of medically ill. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Teixeira, M. J. (1999). Fisiopatologia da dor. In: M. M. M. J. de Carvalho. (Org.), *Dor: um estudo interdisciplinar*. (pp. 47-76). São Paulo: Summus.
- Teixeira, M. J. (2003). Dor no Doente com Câncer. In: M. J. Teixeira. (Org.), *Dor no Contexto Interdisciplinar*. (pp. 327- 341). Curitiba: Editora Maio.
- Teixeira, M. J., Figueiró, J. A. B., Yeng, L. T. & Pimenta, C. A. M. (1999). Tratamento multidisciplinar do doente com dor. In: M. M. M. J. de Carvalho. (Org.), *Dor: um estudo interdisciplinar*. (pp. 87-139). São Paulo: Summus.
- Violin, A. (1982). The process involved in becoming a chronic pain patient. In: Roy, R., Tunks, E. Chronic pain. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Volich, R. M. (1999). De uma dor que não pode ser duas. In: M. T. Berlink. (Org.), *Dor*. (pp. 35- 60). São Paulo: Escuta.
- Winnicott, D. W. (1990). Natureza Humana. Rio de Janeiro : Imago.

**ANEXO I:**  
**Portaria que institui a Câmara Técnica em Controle da Dor e Cuidados**  
**Paliativos**

## Integração

## Conquista brasileira: Câmara Técnica de Dor e Cuidados Paliativos

Após inúmeras reuniões, a SBED vê, com alegria, a publicação da Portaria nº 3.150, de 12 de dezembro de 2006, do Ministro da Saúde, que estabelece a criação da Câmara Técnica em Controle da Dor e Cuidados Paliativos, com composição de funções específicas, revogando a Portaria nº 19, de 2002, e assinada pelo Ministro da Saúde, José Agenor Álvares da Silva. Para 2007, a SBED já indicou à Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) a sua representação na Câmara, tendo o presidente da entidade Onofre Alves Neto como titular e o vice-presidente Carlos Maurício de Castro Costa, como suplente.

**DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO**  
República Federativa do Brasil

Imprensa Nacional



**Edição Número 238 de 13/12/2006**  
**Ministério da Saúde - Gabinete do Ministro**

**Portaria nº 3.150, de 12 de dezembro de 2006**

**Institui a Câmara Técnica em Controle da Dor e Cuidados Paliativos.**

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições, e considerando a necessidade de uma instância técnica para subsidiar o Ministério da Saúde na área de controle da dor e cuidados paliativos; e

considerando o caráter interdisciplinar, multiprofissional e intersetorial do controle da dor e cuidados paliativos, resolve:

**Art. 1º:** Instituir a Câmara Técnica em Controle da Dor e Cuidados Paliativos, com a seguinte composição:

I - três representantes da Secretaria de Atenção à Saúde SAS/MS;

II - um representante da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde – SGTES/MS;

III - um representante do Instituto Nacional de Câncer INCA/MS;

IV - um representante da Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor – SBED;

V - um representante da Academia Nacional de Cuidados Paliativos – ANCP;

VI - um representante da Sociedade Brasileira de Anestesiologia – SBA;

VII - um representante da Sociedade Brasileira de Neurocirurgia – SBN;

VIII - um representante do Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS; e

IX - um representante do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS.

1º Os representantes acima mencionados deverão ser formalmente indicados pelas respectivas instituições, devendo a indicação ser renovada anualmente.

2º A Câmara Técnica em Controle da Dor e Cuidados Paliativos será coordenada pela Secretaria de Atenção à Saúde - SAS/MS.

§ 3º A Câmara Técnica em Controle da Dor e Cuidados Paliativos, quando julgar necessário, poderá convidar participantes ad hoc, sempre de caráter institucional, interno ou externo ao Ministério da Saúde, nas áreas correlacionadas.

§ 4º À Câmara Técnica em Controle da Dor e Cuidados Paliativos cabe pronunciar-se sobre:

- a) as diretrizes nacionais sobre controle da dor e cuidados paliativos;
- b) as ações de controle da dor e cuidados paliativos, levadas a cabo no âmbito coletivo ou individual na assistência pública;
- c) as recomendações para o desenvolvimento dessas ações nas entidades públicas e privadas que integram o SUS e, quando solicitado, o sistema de saúde suplementar;
- d) a atualização das normas e procedimentos do SUS referentes ao controle da dor e cuidados paliativos;
- e) a incorporação tecnológica para ações de controle da dor e cuidados paliativos, encaminhando parecer para a Comissão para Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde – CITEC;
- f) projetos de incentivo para ações de controle da dor e cuidados paliativos;
- g) a estruturação de redes de atenção na área de controle da dor e cuidados paliativos; e
- h) a formação e qualificação de profissionais para atuação em controle da dor e cuidados paliativos; e
- i) a avaliação de estudos e pesquisas na área de controle da dor e cuidados paliativos.

**Art. 2º:** Determinar à Secretaria de Atenção à Saúde que tome as providências cabíveis para a operacionalização dos trabalhos da referida Câmara.

**Art. 3º:** Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

**Art 4º:** Revogar a Portaria nº 19/GM, de 3 de janeiro de 2002, publicada no Diário Oficial da União nº 5, de 8 de janeiro de 2002.

**José Agenor Álvares da Silva**

**ANEXO II:**  
**A Dor como Direito Fundamental da Pessoa**

## Pain Management: A Fundamental Human Right

Frank Brennan, MBBS, DCH, Dip  
Obs, FRACP, FACHPM, FACLM,  
LLB\*

Daniel B. Carr, MD, FABPM,  
FFPMANZCA (Hon)†‡

Michael Cousins, MBBS, MD, DSc,  
FANZA, FFPANZCA, FACHPM  
(RACP)§

This article surveys worldwide medical, ethical, and legal trends and initiatives related to the concept of pain management as a human right. This concept recently gained momentum with the 2004 European Federation of International Association for the Study of Pain (IASP) Chapters-, International Association for the Study of Pain- and World Health Organization-sponsored "Global Day Against Pain," where it was adopted as a central theme. We survey the scope of the problem of unrelieved pain in three areas, acute pain, chronic noncancer pain, and cancer pain, and outline the adverse physical and psychological effects and social and economic costs of untreated pain. Reasons for deficiencies in pain management include cultural, societal, religious, and political attitudes, including acceptance of torture. The biomedical model of disease, focused on pathophysiology rather than quality of life, reinforces entrenched attitudes that marginalize pain management as a priority. Strategies currently applied for improvement include framing pain management as an ethical issue; promoting pain management as a legal right, providing constitutional guarantees and statutory regulations that span negligence law, criminal law, and elder abuse; defining pain management as a fundamental human right, categorizing failure to provide pain management as professional misconduct, and issuing guidelines and standards of practice by professional bodies. The role of the World Health Organization is discussed, particularly with respect to opioid availability for pain management. We conclude that, because pain management is the subject of many initiatives within the disciplines of medicine, ethics and law, we are at an "inflection point" in which unreasonable failure to treat pain is viewed worldwide as poor medicine, unethical practice, and an abrogation of a fundamental human right.

(Anesth Analg 2007;105:205-21)

**O**n October 16, 1846, at the Massachusetts General Hospital in Boston, the anesthetic effect of ether was first demonstrated to a public audience. Upon hearing the news, Oliver Wendell Holmes, the celebrated writer and physician, triumphantly stated "... the deepest furrow in the knotted brow of agony has been smoothed forever." Yet 60 yr later, exactly a century ago, in his preface to *The Doctor's Dilemma*, Shaw wrote: "When doctors write or speak to the public

about operations, they imply that chloroform has made surgery painless. People who have been operated upon know better" (1).

Today at the dawn of the 21st century, the best available evidence indicates a major gap between an increasingly sophisticated understanding of the pathophysiology of pain and widespread inadequacy of its treatment. In the poorest and most socially dysfunctional developing nations, this gap is for the most part ignored despite pandemic suffering from Human Immunodeficiency Virus (HIV) and Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS), poverty, oppression and violence, and war and its aftermath (e.g., land mines). In the developed world, this gap has prompted a series of declarations and actions by national and international bodies advocating better pain control. Every clinician (including pain specialists) recognizes that, even with limitless resources, not every patient's pain can be eliminated. Yet the growing number of statements and initiatives on the necessity for pain management issuing from inside and outside the medical community amount to a "call to arms" based upon three propositions. First, pain, whether acute or chronic, is inadequately addressed for

From the \*Department of Palliative Care, Calvary Hospital, Kogarah, NSW Australia; †Departments of Anesthesiology and Medicine, Tufts-New England Medical Center, Boston, Massachusetts; ‡Javelin Pharmaceuticals, Inc., Cambridge, Massachusetts; §Pain Management Research Institute, University of Sydney at Royal North Shore Hospital, St. Leonards, NSW Australia.

Accepted for publication March 29, 2007.

Parts of this article relating to the legal foundations of pain management have appeared in previously published articles: Brennan F, Cousins MJ. *Pain: Clin Updates* 2004; XII(5) and Cousins MJ, Brennan F, Carr DB. *Pain* 2004;112:1-4.

Address correspondence and reprint requests to Michael Cousins, MD, DSc, Pain Management Research Institute, University of Sydney at Royal North Shore Hospital, St. Leonards, NSW Australia. Address e-mail to mcousins@nsscahs.health.nsw.gov.au.

Copyright © 2007 International Anesthesia Research Society

DOI: 10.1213/01.ane.0000268145.52345.55

a variety of cultural, attitudinal, educational, political, religious, and logistical reasons. Second, inadequately treated pain has major physiological, psychological, economic, and social ramifications for patients, their families, and society. Third, it is within the capacity of all developed and many developing countries to significantly improve the treatment of pain. This review surveys current strategies and initiatives that address the under-treatment of pain from the disciplines of medicine, law, and ethics. We present evidence that medicine is at an inflection point, at which a coherent international consensus is emerging: the unreasonable failure to treat pain is poor medicine, unethical practice, and is an abrogation of a fundamental human right.

## CONSEQUENCES OF INADEQUATELY TREATED PAIN

### Physiological and Psychological

Under-treatment of pain is poor medical practice that results in many adverse effects. Unrelieved pain after surgery increases heart rate, systemic vascular resistance, and circulating catecholamines, placing patients at risk of myocardial ischemia, stroke, bleeding, and other complications (2,3). Unrelieved acute pain commonly elicits pathophysiologic neural alterations, including peripheral and central neuronal sensitization, that evolve into chronic pain syndromes. Chronic pain is linked with a constellation of maladaptive physical, psychologic, family, and social consequences, and can be regarded as a disease entity *per se* (4,5). Physically, these responses include reduced mobility and consequent loss of strength, disturbed sleep, immune impairment and increased susceptibility to disease, dependence on medication, and codependence with solicitous family members and other caregivers (4,5). The psychologic ramifications of chronic pain are profound. A World Health Organization (WHO) study revealed that individuals who live with chronic pain are four times more likely than those without pain to suffer from depression or anxiety (6), consistent with other statistics on chronic pain as a risk factor for both conditions (7,8). Persistent pain in patients with cancer interferes with the ability to sleep (9,10), eat (11), concentrate, and interact with others (12).

### Social and Economic

In addition to physical and psychologic burdens on the individual, chronic pain incurs massive social and economic costs to society. Persons with chronic pain are more than twice as likely to have difficulty working (6,13). A systematic review of chronic pain prevalence studies found it to be clearly associated with low socioeconomic status as well as reduced participation in the labor force (14). A prevalence study in Australia revealed a strong association between chronic pain and being unemployed for health reasons and receiving disability benefits (15). Separate American (16) and Australian (17) studies estimated separately for each

country a multibillion dollar cost of "presenteeism" in chronic pain, i.e., the substandard productivity of chronic pain sufferers who come to work rather than staying at home. The latter study revealed that lost workdays and "reduced-effectiveness" workdays combined to produce a total of 36.5 million "total lost workdays" at an annual cost of \$5.1 billion (Australian). Extrapolated to the population of the United States, this would equate to US\$50–70 billion per annum, a figure similar to the former study's estimate.

Contemporary rehabilitation medicine seeks restoration of as normal level of function as possible, whether or not pain can be eliminated. Chronic pain contributes significantly to the overall costs of rehabilitation. To these direct costs are added the indirect, frequently hidden costs and burdens of caregiving by family and friends, the costs of health care services and medication (18), the loss of wages, non-productivity in the home, the costs of worker compensation and disability payments (19). These costs are compounded by expenses related to litigation (20).

The US Food and Drug Administration and the WHO emphasize patient-reported outcomes in evaluating many therapies or health-related interventions. Pain, especially chronic pain, is a key patient-reported outcome whose poor control undermines quality of life (21) and whose physical, psychologic, social, and economic ramifications evolve, overlap, and compound one another. Conversely, effective treatment of chronic pain improves the overall quality of life, including maintenance of function and interaction with family and friends (22,23). Such principles have already been well accepted by and indeed form the foundation of palliative care, in which they extend to the treatment of all symptoms.

## THE SCOPE OF THE PROBLEM WORLDWIDE

### Acute Pain in Medical Settings

Acute pain is a worldwide phenomenon. Emergency and elective surgery, severe medical illness, trauma, childbirth, burns, natural calamities, war, and torture all contribute to its burden. In many countries political conflict, social dislocation, and inadequate availability of analgesia conspire to make the relief of acute pain sporadic at best. In addition, despite the advent in developed countries of acute pain teams, the relief of acute pain in medical settings remains more rhetoric than reality (24–26). The 1995 SUPPORT study found that half of patients with life-limiting diseases had moderate to severe pain during their last days of life (27). Subsequent studies continue to indicate that even with therapeutic intervention, 40% of postoperative patients report inadequate pain relief, or pain of moderate or greater intensity (25,26,28).

In 2006, two major studies on pain management in neonatal units in Australia and New Zealand revealed that most units do not regularly undertake pain assessments and do not have an explicit policy for

procedure-related pain control. Only a third of such units routinely used any analgesic method for neonates undergoing procedures such as heel prick or venopuncture (29,30). Mather and Mackie found that most children experience postoperative pain unnecessarily, with 15% experiencing severe pain (31).

### Chronic And Cancer Pain

Persuasive epidemiologic evidence, mainly drawn from developed nations, has proven that chronic pain is a widespread public health issue. Despite the heterogeneity of study methods, community-based surveys find that 15%–25% of adults suffer from chronic pain at any given time, a figure that increases to 50% in those older than 65 yr (14,15,32–34). Compounding this prevalence is fatalism. In one of the largest survey studies of pain, 18% of American respondents who rated their pain as severe or unbearable had not visited any health care professional because they did not think that anyone could relieve their suffering (35). A more recent US telephone survey supports this gloomy view (36). In their study of persistent pain in nursing home residents, Teno et al. found that 14.2% of residents were in persistent pain across two assessments and that 41.2% of residents in pain at the first assessment were in severe pain 60–180 days later (37).

Throughout the world, 10 million new cases of cancer are diagnosed annually. By 2020, that figure will double, with approximately 70% occurring in developing countries (38). For patients with cancer, up to 70% suffer from pain caused by their disease or its treatment (39,40). In patients with advanced cancer, pain is described as moderate to severe in approximately 40%–50% and as very severe in 25%–30% (41–43). Equally, for the millions suffering HIV/AIDS, 60%–100% will experience pain at some stage in their illness (44–46). Studies of cancer patients' pain control consistently reveal that up to half of patients receive inadequate analgesia and 30% do not receive appropriate drugs for their pain (40). In separate large studies of cancer patients in France (47), the United States (43,48), and China (49), the percentages of patients receiving inadequate analgesia were 51%, 42%, and 59%, respectively. Eighty percent of children dying of cancer in two Boston teaching hospitals experienced pain in the last month of life, according to parental report (50). Less than a third of the parents reported that treatment of their child's pain was successful, and half the parents described their children as having "a great deal" or "a lot" of suffering as the direct result of poorly controlled pain (50).

The above figures, drawn from the acute, chronic, cancer and noncancer contexts, are from neither the historic past nor the third world. All emanate from contemporary work in developed countries. They indicate a global failure to adequately respond to the challenge.

## BASES FOR DEFICIENT PAIN MANAGEMENT

It is universally acknowledged that pain, on a global scale, remains inadequately treated because of cultural, attitudinal, educational, legal, and system-related reasons.

### Cultural and Societal Attitudes

The history of pain treatment is extensive (51–55), and amply documents a pervasive influence of pain on every facet of life since the earliest human experience (56–57). Prehistoric humans had sufficient intrusions on life due to pain as to have developed acupuncture, as documented by recent computed tomographic studies of a Bronze Age cadaver, the "Iceman," tattooed in the distribution of sciatic pain likely due to lumbar facet arthritis (58). Experiments with natural analgesics, including opium, belladonna, and mandragora, are recorded in very ancient times. Nearly every religion has dealt with the problem of pain. Indeed, religion, philosophy, and folklore have "saturated pain with meaning" (59). More broadly, culture influences the individual and collective response to all aspects of human activity, including health and disease. All cultures have clear attitudes to pain and the treatment of pain (59).

Societal attitudes toward pain relief during surgery and childbirth illustrate the complex interactions between cultural concepts of pain, pain relief, and social behavior. Knowledge of medicinals with analgesic properties expanded greatly during the Renaissance. There was no concerted effort, however, to develop anesthesia for surgery or childbirth, as analgesic interventions were unreliable, often leading to death. An emphasis on individual perceptions and well-being emerged during the Romantic era in the late 18th and early 19th centuries, as visual artists, essayists, poets, and philosophers drew attention to the individual and introduced a more personal focus into these fields (60). In his postretirement doctoral thesis, after a distinguished career as a pioneer in academic anesthesiology, Professor Emmanuel Papper argued that the articulation of individual rights in revolutionary France and the United States, and the rise of democratic states, created an environment in which individual pursuit of better health care, including pain relief, became explicit goals (60).

This growing focus upon the individual set the scene for the introduction of surgical anesthesia with ether in 1846, and analgesia for childbirth with chloroform in 1847. However, both events were initially attended by skepticism, ridicule, and opposition from powerful contemporaries. In the case of surgical anesthesia, such opposition was famously deflated when the powerful Boston surgeon, Dr. Warren, said of ether: "Gentlemen, this is no humbug!" In the case of analgesia for childbirth, there was bitter resistance on religious grounds. Fundamentalists cited the Bible as ordaining that childbirth was a necessarily painful process. Opposing both the church and powerful obstetricians, Queen Victoria requested that James

Simpson administer chloroform analgesia for the delivery of her son, thus overcoming powerful negative attitudes that discouraged relief of the pain associated with childbirth.

One might have expected that the relief of pain in other settings would have swiftly followed these watershed events. However, the shift in societal attitudes toward acute, chronic, and cancer pain to echo the humanitarian triumph of pain relief during surgery and childbirth has been much slower. As described in other sections of this article, the shift has come only recently. WHO initiatives in cancer pain have been developed over the past two decades. The United States has introduced federal clinical practice guidelines on treatment of acute (3) and cancer-related (61) pain and, subsequently, standards for pain assessment and treatment by the Joint Commission for the Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO). Indeed, the US Congress declared 2001 through 2010 as the "Decade of Pain Control and Research." The United States is not alone in developing government-endorsed national guidelines on pain management (62). The European Federation of International Association for the Study of Pain (IASP) Chapters (EFIC) declared a "European Week Against Pain," within which the WHO, IASP, and EFIC cosponsored a "Global Day Against Pain." In addition, there has been a recent promulgation of statements on patients' rights to pain management by professional bodies, and publication of books and articles in the lay press based on eloquent descriptions of the harmful effects of severe unrelieved pain (4,5) and strongly advocating the right of patients to having their pain addressed. This growing activism has been motivated, in part, by the studies described above that have rigorously documented the enormous financial and social costs of persistent pain.

Despite the growing number of initiatives by prestigious organizations and thought leaders to improve pain management, powerful myths (and their proponents) are well entrenched and continue to spread with the ease of an epidemic, independent of any need for logic or rationale (62). The belief that pain is an inevitable part of the human condition is widespread (63). The word "patient" itself is derived from the latin *patiens*, meaning "one who suffers." Examples of pain myths shared by health professionals and patients alike (2) include the notions that pain is necessary, natural and hence beneficial, that pain is essential for diagnosis, that "good patients" do not complain and never challenge health professionals, that undertreated pain has negligible economic consequences, that severe pain after surgery or in association with cancer is unavoidable and that many patients with chronic noncancer pain are malingerers or have purely psychologic problems. These myths are further confounded with specific concerns about opioid analgesia (see below).

Combating such myths has been made easier by the availability of government-endorsed clinical practice guidelines and other national initiatives on behalf of pain treatment (62). However, the impact of such initiatives does not spread with the ease of myths. Indeed, the contrast between the almost universal instinct of healthy members of society to come to the aid of an injured person, and the tendency to undertreat or shy away from those with pain, especially chronic pain, is striking. Equally, if not more, powerful than guidelines and standards have been the efforts of champions. The foremost of these in the last century was John J. Bonica, who founded the IASP and led in many other clinical, research, educational, societal, and political initiatives aimed at improving pain management. The effectiveness of influential proponents is also evident in the success of the JCAHO initiative and the US Congress's declaration of the Decade of Pain Research and Treatment. These two initiatives resulted from concerted efforts of a small number of pain physicians. The development of a new teaching program on pain for US medical schools, called Topics on Pain Medicine (TOP MED), is now in progress. This educational initiative has been supported by such prominent figures as former US Secretary of Health and Human Services, Dr. Louis Sullivan and former US Surgeon General, Dr. David Satcher (64). In Europe, IASP, EFIC (65), and the European Society of Regional Anesthesia and Pain Therapy have taken a similar leadership role in pain education.

#### Political and Legal Barriers

In addition to cultural, medical and religious impediments, entrenched political and legal barriers discourage adequate pain management. Opioids remain the drugs of choice for the treatment of moderate to severe pain, regardless of etiology. Fears of opioid diversion, abuse, and addiction, however, continue to shape policies on opioid importation, manufacture, distribution, and prescription (66). Nevertheless, in a sea of myth there are several incontrovertible facts. Morphine consumption is especially low in most developing countries. In 2004 data published by the International Narcotics Control Board (INCB), 6 nations accounted for 79% of medical morphine consumption and 120 consumed little or none (67). Two principal impediments to opioid availability are restriction and cost. As narcotics, opioids are subject to international, national, and local (e.g., US state-level Drug Enforcement Administration [DEA] and medical board) control. Although the mere availability of opioids is insufficient to force prioritization of pain management or palliative care as public health issues, overly stringent regulations discourage the medical use of controlled drugs. Many countries have inefficient procurement, manufacture, and distribution of opioids (68) or impose limits on their prescription. In

some countries, opioids cannot be prescribed for cancer pain yet are available for postoperative pain. In other countries, they cannot be prescribed for children yet are available to adults. In some countries, only immediate-release preparations of morphine tablets are available (69).

More subtle political influences may also be at play. One critic contends that in the United States, physicians have been conscripted into the government's war on drugs and that they assume the role of assisting regulators in preventing drug diversion and excessive prescribing of analgesics (70). Whether or not there is merit in this hypothesis, the present structures of US state medical licensing boards and federal regulations on opioid analgesics remain restrictive, although both levels of regulation are currently in a state of flux. For example, faced with evidence of inconsistencies and restrictions in state pain policies, the Federation of State Medical Boards of the United States adopted model guidelines for the use of controlled substances for the treatment of pain (71) and then updated these "to assure adequate attention to the undertreatment of pain" (72).

Another political contribution to the global burden of pain and the inadequacy of its treatment is torture (73). The Amnesty International Report of 2006, an annual survey of human rights around the world, contains reports of torture or ill-treatment by state agents in 104 countries. Any discussion of pain relief as an international problem must include this political reality, particularly in light of continuing investigations of deliberate physical and psychologic abuse of currently held prisoners of war (74) and the well-described chronic pain syndromes that arise as sequelae of torture (73). Equally, it would be incomplete for any domestic pain program not to prohibit, at least as part of its mandate, state-sanctioned torture.

### **Medical and Lay Opiophobia and Opiognorance**

Principal among the attitudinal barriers of health care professionals to pain relief are misconceptions about medications, especially opioids, which emerged in the late 19th century both in China and in the West (75). First, there is considerable concern about opioid addiction, tolerance and hyperalgesia (76), including dose escalation and dependence. Opioids are also associated with side effects such as constipation (77). Many physicians and patients harbor unrealistic anxieties about precipitating adverse side effects, believing that opioids should be reserved for the "end" in cancer pain. There is also an unfounded assumption among physicians and patients that chronic opioid treatment necessarily impairs quality of life. Patients may believe that opioids can only be given parenterally. Physicians may believe that opioid analgesia may delay accurate initial diagnosis of a change inpatient condition. Lastly, there is widespread belief that at least some pain is inevitable, and that opioid doses should be

related to the severity of the disease rather than the intensity of the pain. These attitudes recur in surveys of clinicians and patients about analgesia (78,79).

Opiophobia among health care providers is compounded by opiognorance. Repeatedly, survey respondents acknowledge that they have received insufficient training in, or exposure to, pain management (43,80,81). At heart, therefore, these attitudes toward analgesia spring from inadequate education. Among patients and families, higher levels of concern about opioids are associated with advancing age, lower levels of education, and lower incomes (82). Such concerns appear to be cross-cultural: studies in Puerto Rico (83), Taiwan (84), and the United States (82) found similar concerns about the use of opioid medication.

### **Prosecution of Physicians for Opioid Prescribing**

Early in the present decade, two important developments occurred in the United States. First, concern about diversion and illicit use of prescription opioids increased as instances of OxyContin misuse and abuse (some fatal) became more common. Second, a consensus emerged between pain clinicians and opioid regulators that the twin public policies of adequate pain management and restriction of illicit opioid use should be pursued concurrently and with mutual respect. This "doctrine of balance" reached its high water mark in August, 2004, when the DEA posted a series of frequently-asked questions (FAQs) and answers about the use of medications, particularly opioids, in pain management, on its website. These FAQs were prepared by a blue-ribbon panel of clinicians and regulators. Three months later, concurrent with its prosecution of a physician for inappropriate opioid prescription, the DEA abruptly withdrew its support for this consensus statement and removed the FAQs from its website. To pain clinicians a major inconsistency had emerged between best clinical practice and the potential for regulatory scrutiny and prosecution for opioid prescription. After years of reassurance by the DEA that legitimate, appropriate opioid prescription would not attract liability, its 2004 actions had a chilling effect. In late 2006 the DEA made a concession to clinicians' anxieties (and fears by their patients of decreased access to medications) by proposing to amend its regulations to allow physicians to provide patients with multiple prescriptions of the same schedule II (controlled) substance to be filled sequentially to provide up to a 90-day supply. As of early 2007, the FAQs have not been re-posted and the physician in question remains imprisoned. This and other, less well-known prosecutions of physicians who prescribed unusually large quantities of opioids suggest inconsistencies between the educational efforts of some government agencies to encourage the appropriate prescribing of pain medications, and prosecution by other agencies of physicians who do so (85).

## **HISTORICAL PERSPECTIVES ON THE ETHICS AND LAW OF PAIN MANAGEMENT**

Why has it taken so long to recognize the ethical and legal importance of pain relief? There are complex and overlapping reasons for this delay. For centuries, medical and surgical treatment has emphasized saving the life of the patient rather than ameliorating the patient's pain, particularly when there were few options for the latter. As described above, medical understanding of pain mechanisms and treatment has progressed slowly, with a few notable exceptions such as the introduction of general anesthesia. The rise of the modern biomedical model of disease emphasized pathophysiology rather than the patient's quality of life, and objective quantitative measurement rather than qualitative patient narrative (86). At the same time, entrenched attitudes to pain and its rationalization persist, such as that pain in childbirth is biblically preordained. Redemptive qualities continue to be ascribed to pain, such as the withholding of surgical anesthesia for the military in battle on the basis of a "masculine cult of toughness and callousness" (87). These dismissive attitudes further contributed to the myth that neonates do not feel pain. In an often hostile medical and cultural milieu in which the clear ethics of pain management have encountered multiple barriers, desensitization and "compassion fatigue" of health professionals surrounded by patients in pain have been widespread.

## **STRATEGIES FOR IMPROVEMENT—TOWARD A WORLD OF BETTER PAIN MANAGEMENT**

### **The Promotion of Pain Management as an Ethical Issue**

The "right" to pain management has a variable foundation in law. Separate from, and indeed underlying the pursuit and enforcement of this right by the law, are the ethics of pain relief. The earliest articulations of the responsibilities of doctors to their patients are not legal but ethical. The Hippocratic Oath states "I will keep them from harm . . ." and its modern equivalent, the Declaration of Geneva, states "the health of my patient will be my first consideration." The health professional associations of many countries enunciate a similar ethical basis for the relief of pain. The American Medical Association states that "physicians have an obligation to relieve pain and suffering" (88), and the American Nurses Association's position is that "nursing encompasses . . . the alleviation of suffering . . ." (89).

The importance of pain relief as the core of the medical ethic is clear. The relief of pain is a classic example of the bioethical principle of beneficence. Central to the good actions of doctors is the relief of pain and suffering. As Post et al. state, "the ethical duty of beneficence is sufficient justification for providers to relieve the pain of those in their care . . ." (90). The principle of nonmaleficence prohibits the infliction of harm. Clearly, failing to reasonably treat a patient in pain causes harm; persistent inadequately

treated pain has both physical and psychologic effects on the patient. Failing to act is a form of abandonment (62). As Somerville states "many persons would rather be dead than unloved, abandoned and, too often, left in pain" (91). Equally, for a patient's doctor to ignore the patient's complaint of pain or to refuse to accede to a reasonable request for pain relief arguably contravenes the autonomy of patients and self-determination of their medical care. Indeed, unrelieved pain *per se* may affect, or even preclude, the exercise of autonomy. Unrelieved pain may so consume the patient that it "should be considered a major impingement on a patient's ability to make choices regarding care and ethically obligates health-care workers to treat such pain on the basis of restoring autonomy . . ." (92).

The bioethical principle of justice, seeking the equitable distribution of health care, is the greatest challenge to inadequate pain management worldwide. However admirable the ideal of pain management as a universal human right, the reality is a world in which massive resource discrepancies preclude fulfillment of such a right (93). Thus, unequal access to pain relief is but one example of the broader problem of health disparities that arise due to inequities of socioeconomic status or from membership in a minority racial or ethnic group (94).

Beyond principlism, i.e., an approach founded on the strength of a broader principle, a virtue ethics approach to bioethics would also yield a clear response to patients' pain. A virtuous doctor would place the recognition, monitoring, and treatment of pain as a high priority. To this end, a virtuous doctor would inquire regularly about pain, respond appropriately, and refer wisely if unable to control it.

If there is a clear ethical duty to relieve suffering or to act virtuously by doing so, then one may argue that from that duty springs a right. The moral right to pain management emerges from, and is directly founded upon, the duty of the doctor to act ethically. Classically the holder of a right has the capacity to enforce a duty in a person or institution. That "other" has a duty to fulfill that right. Indeed, a basic tenet of the philosophy of rights is that a right can only exist if there is a preexisting obligation. If one accepts that a health professional has an obligation, where appropriate, to manage pain, then the patient has a concomitant right, where appropriate, to receive such care.

One response to the inadequacy of pain treatment is to question the ethical foundations of the modern medical profession (71). Equally, any campaign of promotion of better pain management should have, as its basis, precisely that ethic: that pain management is a moral enterprise and emanates from the heart of bioethics.

### **The Promotion of Pain Management as a Legal Right**

Frustrated by the slow pace of medical, cultural, legal, and political change, many within the community of pain clinicians have begun to promote the status of pain

management beyond that of appropriate clinical practice or even an ethic of good medicine. They advocate nothing less than a paradigm shift in the medical professions' perspective on pain management from simply good practice to an imperative founded on patient rights. The rise of the consumer movement, the advent of international human rights law, renewed concern for minority rights, and overall promotion of individualism has brought about a focus on the interrelated duties of powerful agents such as governments and physicians, and on what may be expected of them by more vulnerable agents, such as patients.

The term "right" is a convenient way to promote an ideal and enforce a duty. However, one difficulty with articulating a right is its indeterminate nature. Is the statement that patients have a right to pain management an exercise in moral persuasion or a statement of law? If it has any pretence to the latter there are clear difficulties in stating that there is a right if it has neither legal foundation nor enforceability. To Jeremy Bentham (original date of publication 1789) the argument that a right existed without legal foundation was "nonsense on stilts" (95). To Bentham rights were man-made and could not spring from mere assertions of principle. To what extent then is the assertion of a right to pain relief "nonsense on stilts?"

Besides a probable basis in international law, the provision of adequate pain relief has some foundation in domestic law. That foundation includes national constitutions, domestic legislation, and the law of negligence.

### Constitutional Guarantees

Many of the world's nations have written constitutions, some of which enumerate the right of their citizens to receive adequate health care. None expressly articulate a right to pain relief.

The US Supreme Court, in the cases *Washington v. Glucksburg* (96) and *Vacco v. Quill* (97), while rejecting a constitutional right to physician-assisted suicide, nevertheless expressed sympathy for the view that there is a constitutional right to adequate palliative care. Furthermore, it felt that individual states should not obstruct the provision of pain relief in the palliative setting. These significant judgments have three practical ramifications. First, they have placed pressure on individual US states to reform current laws and policies that restrict the availability of opioids for the management of pain. The general inhibitory effect of state drug laws is now vulnerable to challenge (98,99). Second, their judgments have provided American doctors caring for the terminally ill with counter-arguments against regulatory medical boards "ignorant or dismissive of the evidence that high-dosage prescriptions of opioids for treating pain and other distressing symptoms are safe, effective and appropriate" (98). Lastly, these decisions have compelled states to not only properly fund, but also remove impediments to appropriate end-of-life care. Justice Souter wrote that if states refused to address

these issues they may be guilty of "legislative foot-dragging" (*WA v. Glucksberg* at p. 2293) (96) and Justice Breyer stated that such states would "infringe directly upon . . . the core of the interest in dying with dignity," which involves "medical assistance, and the avoidance of unnecessary and severe physical suffering." (*WA v. Glucksberg* at p. 2311-2312) (96).

Whether the US Supreme Court may, in the future, stipulate a constitutional right to pain relief in other contexts, including chronic noncancer pain, is a matter of conjecture. Interestingly, the EFIC submitted a declaration to the European Parliament proposing that chronic noncancer pain is a "disease in its own right" that warrants increased attention.

### Statutory Regimens

If the ultimate objective of patient advocates is to establish a right to pain management that is both unambiguous and legally enforceable, the best framework for such a right is the statutory one. There are several models for such a framework. The first is an explicit statutory statement of the right to pain relief. An example is from the Australian Capital Territory, where the *Medical Treatment Act* of 1994 states "... a patient under the care of a health professional has a right to receive relief from pain and suffering to the maximum extent that is reasonable in the circumstances" and, further, "in providing relief from pain and suffering to a patient, a health professional shall pay due regard to the patient's account of his or her level of pain and suffering" (100).

The second model is a statutory protection for doctors. An example is contained in the South Australian *Consent to Medical Treatment and Palliative Care Act* of 1995 which protects medical practitioners, in their care of terminally ill patients, from any criminal or civil liability if they administer treatment with the intention of relieving pain, providing such treatment is given with consent, in good faith, without negligence, and in accordance with "proper professional standards of palliative care" (101). Several US states offer similar protection from disciplinary action by their respective state medical boards when controlled substances are given in the course of treatment of a person for "intractable pain" (102).

The third model is a wider package of statutory requirements for pain management and education. An example is a California statute (103) that imposed three obligations. The first is a duty for doctors who refuse to prescribe opioids to a patient with severe, chronic intractable pain to inform the patient that there are physicians who specialize in the treatment of such pain. The second is a duty of all doctors to complete mandatory continuing education in pain management and the treatment of the terminally ill. The third is the requirement of the California Medical Board to develop a protocol for investigation of complaints concerning the under-treatment of pain and to include in its annual report to the state legislature a

description of actions relating to that practice. Dr. Russell Portenoy, past president of the American Pain Society described the law as "a very extraordinary step . . . to address what is clearly an enormous problem" (104). In March 2004 a New York State legislative statute was introduced that included mandatory medical school training and continuing medical education in pain, statutory protection of clinicians providing pain treatment consistent with authoritative clinical guidelines, and explicit recognition that failure to manage pain adequately is a basis for medical board discipline (105).

These recently enacted statutes in Australia and California are models for any future legislative activity. Indeed, they offer professional or lay groups a powerful agenda to lobby legislators to reform local statutes. The strongest possible statutory foundation to support best practice in pain relief would involve core aspects of the above legislation. The essential components of such legislation are:

1. Reasonable pain management is a right.
2. Doctors have a duty to listen to and reasonably respond to a patient's report of pain.
3. Provision of necessary pain relief is immune from potential legal liability.
4. Doctors who are neither able nor willing to ensure adequate analgesia must refer to a colleague who has this expertise.
5. Pain management must be a compulsory component of continuing medical education.

A remarkable legislative reform came in Uganda in 2004. The national government, confronted with the pandemic of HIV/AIDS, recognized a simple fact. Like so many countries, especially those with limited resources and scarce medical personnel, palliative care patients often had great difficulty in accessing opioid analgesics. A regulation was made by the Minister of Health authorizing nurses with palliative care certificates to prescribe narcotic analgesics "as part of the palliative care of patients" (106). The practical impact of this legislation has not yet been evaluated.

### Negligence

Margaret Somerville, Professor of Law and Medicine at McGill University, has long argued that the unreasonable failure to provide adequate pain relief constitutes negligence. There is a solid foundation for this assertion. The emphasis in law regarding medical negligence is the taking of reasonable care in all aspects of patient management. There are several aspects of pain relief where doctors may potentially breach their standard of care: an unreasonable failure to take an adequate history of pain from the patient; an unreasonable failure to adequately treat pain (107); and, in the context of uncontrolled pain, an unreasonable failure to consult an expert in pain management. The latter is based on a general principle of referral as

held by courts in British Columbia (108) and New South Wales (109).

The United States case of *Estate of Henry James v. Hillhaven Corporation* (1991) (110) is illustrative. James, a 75-yr-old man with metastatic adenocarcinoma of the prostate, was admitted to a nursing home. His pain had been well controlled by regularly administered opioids. A nurse documented both her impression that the patient was addicted to morphine and her intention to wean the analgesic regimen and substitute a mild tranquilizer. While unilaterally deciding to wean the patient from opioids, the nursing staff did not consult the doctor. In his summary statement approving a final settlement in favor of the plaintiff, the judge emphasized the potentially serious legal consequences faced by health care providers when they negligently fail to provide patients with adequate analgesia. With time, as more cases are decided, the boundaries of reasonable action by doctors and nurses in pain management will be more clearly defined. Given the litigious climate in so many societies, such cases are inevitable.

Somerville also points to what she refers to as "systems negligence" when health care institutions fail to take reasonable steps to establish systems that offer patients ready access to pain management (111).

### Elder Abuse

Another area of jurisprudence that may expand is the law's examination of pain management in the geriatric setting. The question of when inadequate pain management of an elderly person constitutes elder abuse (*Bergman v Chin* 1999) (112) was argued with reference to California's Elder Abuse and Dependent Adult Civil Protection Act (113). Mr. Bergman was an 85-yr-old man who was admitted to the hospital with lower back pain. Within days he was diagnosed with metastatic lung cancer and multiple bone metastases. Throughout his 6-day admission the patient consistently rated his pain intensity in the 7-10 range (on a scale of 0-10), and on the day he was discharged the level was 10. He died at home 4 days later. Although the doctor testified that he followed established protocols in prescribing pain medications, the court ruled that the treatment fell within the statutory definition of elder abuse.

### Public Interest Litigation

An example of litigation based on the public interest in better pain management occurred in India in 1998. On behalf of the nation's cancer patients and Drs. SR and RB Ghooi, the All India Lawyers Forum for Civil Liberties filed a public interest suit in the Delhi High Court. They requested a court order to state governments to simplify the procedures for the supply of morphine for cancer patients. The applicants were successful. The Court ordered that every application for licenses or supplies of morphine must be attended to expeditiously. State governments were

sked to allot morphine without delay and aggrieved persons were granted the freedom to approach the court if dissatisfied. Again, a rights-based discourse entered the final judgment: "It is a right of patients to receive any medication they need, particularly morphine. Any official standing in the way will be viewed very seriously by the court." (In the High Court of Delhi, 1998).

#### **Criminal Law**

Criminal law is relevant to a discussion of pain relief: is it possible for a health professional to be criminally culpable in giving analgesia? For that liability to be found, the court would need to find beyond reasonable doubt that the health professional intended to shorten the life of the patient. While several jurisdictions allow euthanasia in some circumstances, the vast majority of pain and palliative medicine is based on a measured, proportionate response to pain in which the intention is to relieve pain and not to accelerate death. Traditionally, the doctrine of double-effect has been applied here: the criminal law concentrates on intention, so that if the intention of the doctor is to relieve pain and not to shorten the life of the patient then the act of prescribing and dispensing analgesia is not a criminal act (114).

Several jurisdictions, including three in Europe (the Netherlands, Belgium and Switzerland) and one in the United States (OR) have legalized euthanasia and/or physician-assisted suicide. Clearly the interface of pain management and the criminal law in those jurisdictions will reflect the precise wording of the relevant legislation and criminal code.

#### **Pain Relief as an International Human Right**

One response to the under-treatment of pain has been to promote the concept that pain relief is a public health issue of such critical importance as to constitute an international imperative and fundamental human right (69,91,115-119). There is some legal foundation for this concept. International human rights are articulated in the foundation Covenants of the United Nations (UN). The International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights (ICESCR) articulates the right "of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health" (Article 12). The Covenant obliges state parties to deliver on the rights it guarantees to the maximum of their available resources (Article 2). Although there is no mention of an express right to pain management, there is a strong argument that a right to pain management may be implied from the express right to health. The Constitution of the WHO defines health as a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity." Adequate provision of pain management falls comfortably within this definition.

Assuming that pain management can be implied from the fundamental right "to the highest attainable

standards of health," two questions remain. First, could an individual or group, citing the Covenant, complain that this right to pain management was not honored? Second, as a corollary, can the UN exert pressure to induce countries to provide adequate pain relief as part of their health services? Unfortunately there is no direct complaint mechanism for rights enunciated in the Covenant. The international community assesses compliance with the Covenant through reports submitted by all nations to the International Committee on Economic, Social, and Cultural Rights, describing their efforts to implement these rights.

Although valid questions have been raised about the effectiveness of reporting as the principal means of overseeing compliance with international norms, such reports when properly compiled serve a useful role to encourage implementation of the obligations of the ICESCR. As Alston points out, reporting states are encouraged to identify the problems they encounter in realizing the Covenant rights, including "negative developments, frustrated aspirations and other difficulties" (120). Also stressed is the need for appropriate statistical documentation. For example, if the Committee sought to review the level of compliance with the Covenant as it applied to pain relief, it would be interested in information on the epidemiology of acute and chronic pain, the provision of pain services to rural and remote communities, and the obstacles, legal or otherwise, to the availability of opioids. As described earlier much credible information is now available on the epidemiology and financial costs of chronic pain (34).

While an individual or a nongovernmental organization cannot make a direct complaint that there are inadequate pain services in a country, they may submit information to the Committee outlining the specific deficits. However, as described above, the obligation on each member state is to fulfill its inhabitants' rights to health "to the maximum of its available resources." The concept of the progressive realization of rights such as health includes an obligation of states to take steps to provide the minimum essential levels of each right. Inadequate resources and inadequate pain management are clearly linked in many countries (94). In many countries, even the most basic pain relief needs are not met. Thus, "for so long as availability of resources is a relevant consideration even to meet minimum levels, some ambiguity is apparent in the expression and fulfillment of even the minimum obligations" (121).

In 2000 the Committee overseeing the Covenant issued a General Comment on the right to health, stating what it saw as the "core obligations" of all signatory nations, regardless of resources (122). These include obligations to ensure access to health facilities, goods, and services on a nondiscriminatory basis, to provide essential drugs as defined by the WHO, and to adopt and implement a national public health strategy. Interpreting this Comment in the context of

ain management would oblige nations to ensure universal access to pain management services, and provide basic medications for pain management, including analgesics, and the adoption and implementation of national pain policies.

A further possible source of an international right to pain relief is contained in Article 5 of the Universal Declaration of Human Rights, which states that "No one shall be subject . . . to inhuman or degrading treatment . . ." (123). Although primarily aimed at the treatment of prisoners, this text broadly serves to underpin patients' rights to effective pain management. Indeed, in 2002 the UN Commission on Human Rights established a new position of Special Rapporteur on the international right to health. This Special Rapporteur has a broad mandate that includes a capacity to receive complaints alleging violations of this right and correspond with the relevant governments to clarify, invite comment and, where appropriate, remind governments of their obligations under international law. The Special Rapporteur has been very active, receiving complaints about lack of compliance by countries with the health right and regularly reporting to the UN.

There are several possible strategies based on a human rights argument. One is to promote an amendment to the UN Covenants expressly stating a fundamental right to pain relief. This action is unlikely, given that the foundation documents that make up the International Bill of Rights have never been amended. Another strategy is to organize international associations for pain relief and palliative care to make submissions to the Committee and the Special Rapporteur on the Right to Health that highlight the central role of pain management in the attainment of universal health. The latter strategy enables the Committee to exert moral pressure on countries to fulfill the basic pain management needs of their populations.

#### Professional Misconduct

Professional misconduct is another framing of pain management as a fundamental right that lies at the boundary of law and ethics. This aspect of a right to pain management is linked to another right that patients possess: the right of complaint to a disciplinary authority. Disciplinary matters that fall within the definition of professional misconduct vary widely among jurisdictions. Some define these in detail, while in others they are subject to judicial interpretation. Professional misconduct includes conduct that "offends against the traditions of the profession" (124), that is "shameful" (125) or "infamous" (126), but that is more than "mere negligence" (127).

For pain mismanagement to constitute professional misconduct it would need to fit the statutory definition of that jurisdiction or the judicial interpretation of the term as stated above. Negligent mismanagement of pain alone is not sufficient. The medical board, tribunal, or court would also need to consider the

drastic nature of the punishment in the light of the protective function of the legislation. More likely, poor pain management may fall under "unprofessional conduct." This has occurred twice in the United States. State medical boards of Oregon (in 1999) and California (in 2003) have disciplined individual doctors for unprofessional conduct related to inadequate pain management.

The most recent update of the US Federation of State Medical Boards' *Model Policy for the Use of Controlled Substances for the Treatment of Pain* addresses the balance between patient rights and patient responsibilities with respect to pain management, principally opioid therapy (72). The language of this document, based upon similar language in treatment agreements promulgated by professional organizations such as the American Academy of Pain Medicine (128), describes "the use of a written agreement between physician and patient, outlining patient responsibilities including urine/serum medication screening levels when requested; number and frequency of all prescription refills, and reasons for which drug therapy may be discontinued (e.g., violation of agreement)." This document further states that "objective evidence of improved or diminished function should be monitored and information from family members or other caregivers should be considered in determining the patient's response to treatment. If the patient's response is unsatisfactory, the physician should assess the appropriateness of the current treatment plan." Thus, while access to appropriate opioid therapy is a widely and appropriately applied index of the adequacy of pain management, it would be naïve to conclude that appropriate pain management involves nothing other than opioid therapy.

#### Statements by Professional Bodies: Guidelines and Standards of Practice

Many professional bodies, overseeing tens of thousands of clinicians, have issued statements, guidelines, position papers, or recommendations on pain management (62). Major pain and anesthesia organizations in North America, Europe, and Australasia have published statements on pain. These groups include the American Society of Anesthesiologists, the American Academy of Pain Medicine, the American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine, the American Pain Society, the American Geriatrics Society, the Canadian Pain Society, EFIC, and the Australian and New Zealand College of Anesthetists Faculty of Pain Medicine and its Joint Faculty of Intensive Care Medicine. Collectively, these statements represent a clarion call to all doctors to conscientiously manage pain. Common among all is a clear statement that pain management is required within the highest professional standards. Related statements, such as the 2001 JCAHO standards, formulate this statement as a patient right (129). The best formulations not only state that patients have a right to pain management, but

also provide content to that right. Such content includes the patient's right to be believed in the expression of pain, the right to appropriate assessment and management of pain, recognition that pain is subjective, the right to have the results of assessment regularly recorded, the right to be cared for by health professionals with training and experience in assessment and management of pain, and the right to appropriate pain management strategies (129).

It is important to see both the value and the limitations of these watershed statements. Unidimensional, numerical pain intensity assessments are at present all that is feasible in high-volume medical and surgical settings, but have been criticized for their coarseness (130) and the possibility that the use of such scales for analgesic titration may promote adverse effects when opioids are relied upon as the principal or sole analgesic for opioid-naïve patients (131). Moreover, recommendations alone do not change behavior, and professional societies' guidelines have no force in law. Nevertheless, collectively they provide to their constituent members, as well as to the entire medical and legal communities, the clarity, structure, and rationale of pain management so lacking in previous decades.

#### **The Role of the WHO**

Pain is an international problem that requires an international solution. The WHO, as the supreme health agency of the UN, holds a critical role in any solution. The WHO has been involved with pain in three overlapping areas: the promotion and dissemination of guidelines on pain management, advocacy of improved access to opioid analgesics, and national programs of palliative care and pain relief. In the past two decades, the WHO Cancer Unit has led a global initiative in pain management. The 1986 publication of its method for cancer pain relief, and its translation into many languages, has had significant clinical and educational impact throughout the world (132). The WHO "analgesic ladder" for cancer pain pharmacotherapy was a seminal contribution. These efforts were followed by an increase in global consumption of morphine for medical purposes, that had been relatively stable at low levels for many years, and subsequently increased almost 10 fold (133). The WHO has also developed general recommendations for palliative care, with pain relief as a central component. These general recommendations recognize that many countries are resource-poor and that a single model is inappropriate. Overall, countries are encouraged to ensure that minimum standards for pain management are progressively adopted. In low-resource countries, these are best met through home-based care. In countries with medium resources, these may be met by home-based care and primary health care clinics. In countries with high levels of resources, these can be met at all levels of care (134).

#### **Deregulation of Medical Opioid Availability**

The limited availability of opioids is not only a critical political-legal impediment to better pain relief on a world scale, but has had a unique role as the focal point for much attention and debate in policy matters related to pain control. As narcotics, opioids are subject to both international and domestic control. The Single Convention on Narcotic Drugs (1961) is the international treaty that regulates the production, manufacture, import, export, and distribution of opioids for medical use. It emphasizes the importance of a balanced approach to opioid control to ensure availability for medical purposes while preventing abuse and diversion. The treaty requires that signatory nations must annually supply a realistic estimate of their opioid requirements for medical use. However, as Dahl states, "the legislative, regulatory, and administrative impediments in various countries that lead to under-utilization of opioids in turn lead to low estimates of a nation's need for pain medicines" (135). A variety of steps have been taken in recent years to improve access to opioid analgesics. The INCB, the international body that monitors compliance with the treaty, has collaborated with the Department of Essential Drugs and Medicines Policy within the WHO and the WHO Collaborating Center for Policy and Communications in Cancer Care to promote balanced regulatory approaches to avoid unnecessarily restrictive controls. This promotion has taken three forms. First, guidelines have been developed to assist countries in conducting a self-analysis of domestic regulatory schemes to identify deficiencies (136,137). Second, increasing numbers of workshops and seminars promoting balanced opioid control policies are taking place. Third, collaboration with national opinion leaders is occurring. For example, support from the WHO was given to Italian experts in their efforts to modify Italian drug control regulations in 2001 (137).

At the domestic level, many countries have restrictive regulatory policies for opioid use. That reality may be accentuated by misperception. In the United States, for example, numerous studies have shown that fear of regulatory scrutiny influences physicians' decisions about opioid use. Rare, but highly publicized, cases have created the false impression that disciplinary actions for opioid prescribing are common (138). In recent years, there have been concerted efforts for reform. Federally, the DEA has moved to actively pursue a more balanced approach to the use of controlled substances, although at times it may have given the appearance of inconsistency in its actions. In 2001, it issued a joint statement with dozens of professional organizations expressly stating that, while vigilance to prevent illicit diversion of opioids is important, it must be balanced with the reality that "effective pain management is an integral and important aspect of quality medical care, and pain should be treated aggressively" (139). This effort was followed by the 2004 posting of "FAQs" on the DEA's website,

to educate front-line practitioners about the appropriate use of opioids in a medical context. However, as noted above, this section of the DEA's website was promptly and unexpectedly removed a few months later in 2004 while it was prosecuting a controversial physician, many of whose patients came from other states to secure medical therapy for pain. Despite an official DEA explanation of this sudden withdrawal (140), an outcry resulted from many US professional organizations concerned with pain. At the time of writing, those FAQs have not yet been posted again at a US governmental website, although they may still be viewed at nongovernmental sites (141). In 2006, the DEA issued an "informational outline" of the Controlled Substances Act that, while acknowledging the appropriateness of prescribing controlled substances for legitimate medical purposes, devoted far more attention to articulating an array of regulatory requirements for doing so, and penalties for noncompliance (142). Even more recently (late 2006), the DEA proposed allowing physicians to write multiple prescriptions, with directions that they be filled sequentially, for schedule II controlled substances during a single office visit, thereby allowing for up to a 90-day supply when medically appropriate (143).

At the state level in the United States, there have also been efforts to reform prescription monitoring (138), to make education in pain management mandatory, and to affirm the appropriateness of using opioids to treat "intractable pain" (138). However, such reform has been patchwork. In part, these changes in the United States reflect the efforts of the National Association of State Cancer Pain Initiatives, whose individual state chapters have worked to remove regulatory and legislative barriers, provide education, and disseminate guidelines for effective pain management (144).

#### **Toward Affordable Opioids**

An important strategy in achieving universal access to analgesia is to address the cost of medications, especially morphine. In many countries with health expenditures of less than US\$10 per capita per year, 1 month's supply of drugs promoted or offered by pharmaceutical companies may cost between US\$60 and 180. Generic immediate-release morphine sulfate tablets should not cost more than 1 cent (US) per 10 mg. Therefore, a typical month's supply of morphine sulfate tablets should only cost between US\$1.80 and \$5.40. The WHO has recommended that, in establishing a domestic policy for pain relief, a resource-limited nation should specify that immediate-release generic morphine be available to treat moderate and severe pain (144). Nevertheless, we concede that, for the most resource-poor countries, even this strategy will not achieve adequate availability of opioids.

#### **National Campaigns**

Throughout the world, there are outstanding examples of national public health programs for pain

management and palliative care. The best have combined clear policies and an integrated approach with a high level of commitment to education and a decentralized community-based strategy (145). Rhetoric needs to be matched with practical programs. A systematic approach is required to combat cultural, official, and medical opiophobia, provide affordable analgesics, and integrate all aspects of pain management. Toward this end, the recent official documentation of the prevalence of pain, alongside other major public health disease burdens surveyed in the annual report of the US Centers for Disease Control is a watershed event (146).

#### **Toward a Global Campaign**

In addition to its seminal work on behalf of better analgesic practices throughout the world, the WHO has collaborated with other international bodies, including the IASP and the INCB to promote both the deregulation of domestic regulatory practices that limit opioid availability for medical use, and strategies to lower the cost of opioids. The high water mark of this advocacy was the inaugural "Global Day Against Pain." Cosponsored by the IASP, EFIC and WHO, it took place in October 2004 in Geneva, Switzerland. The theme of the day was "Pain Relief Should Be a Human Right." And so, approximately 30 yr after the 1975 inaugural World Congress on Pain (1975) and the incorporation of the IASP, the preeminent bodies involved in the overseeing and promoting of pain management collaborated to place this need firmly before the international community.

#### **Toward an International Year of Pain Management**

Given the tremendous amount of activity over recent years by preeminent international and national pain bodies and the raising of awareness about pain, it is now time for the UN to consider the declaration of an International Year of Pain Management. Doing so would have several advantages. It would harness the momentum of the current activity and advance the efforts made by national and international bodies. It would serve to place pressure on nations without pain policies to address this issue, and to oppose restrictive opioid regulations. It would encourage medical and nursing schools to integrate pain management within their curricula, and possibly, too, the establishment of postgraduate educational programs such as pioneered by the University of Sydney (147) and Tufts University School of Medicine (148).

#### **International Pain Convention**

Pain is a universal public health issue. Several international bodies oversee various aspects of this problem. These include the WHO, the INCB, and as argued above, the Committee that presides over the ICESCR. What is lacking, however, is a single body that unifies all aspects of obligation on national governments in this area. Such a body could expressly

state the obligation on each signatory nation to reform opioid laws and regulations, improve compliance in reporting to the INCB on each nation's requirements for opioids for medical purposes, assist in the preparation and implementation of national pain policies, the provision of education in pain management for all health professionals, and the need for the international community as a whole to work toward ensuring the universal availability of affordable analgesia.

The WHO has the power to make conventions. It has exercised it once, the Framework Convention on Tobacco. For the international community to consider a Convention on Pain would require both significant advocacy and a paradigm shift in the attitudes of many nations in their public policies related to pain control. Too often, those policies continue to be dominated by a regulatory mentality that (for example) *de facto* restricts legitimate access to opioids, rather than emphasizes meeting patients' needs for pain control.

### **PAIN MANAGEMENT: THE CONVERGENCE OF MEDICINE, LAW, AND ETHICS**

Pain-related activities in medicine, law, and ethics have reached a critical mass in which a coherent whole is emerging. Pain is now appreciated to be ubiquitous yet often under-treated, complex yet manageable. The unreasonable failure to treat pain is an unethical breach of human rights. At the same time as the global "pain community" has declared pain management to be a human right, colleagues in the worldwide palliative care community have likewise referred, in international statements and declarations, to palliative care as a fundamental right (149). Further, the Montreal Statement on the Human Right to Essential Medicines in 2005 expressly linked the international right to health with a universal access to WHO essential medications (150). This statement, presented in November 2005 to a high level task force of the UN Human Rights Commission in Geneva, has a clear relevance to pain management, especially in the accessibility and affordability of opioids.

The "right" to pain management has a multidimensional foundation in law at the international (the "right to health" in international human rights law); national (a constitutional right in many countries); and personal (the law of negligence) levels. Separate from, yet in many ways underlying, that pursuit by the law are the ethics of pain management. In terms of pain management, all four main principles of bioethics (autonomy, beneficence, nonmaleficence, and virtue) have their correlates in the law. Indeed, the earliest articulations of the responsibilities of doctors to their patients are not legal, but ethical. They consist of broad statements, from the writings of Hippocrates onwards, of principles that should guide doctors, both clinically and personally.

The right to adequate pain management emerges from, and is directly founded upon, the duty of the

doctor to act ethically. In a legal sense, the strongest parallel to this ethical stance is the law of negligence. The case of *Donoghue v. Stevenson* (1932) (151) inaugurated the modern law of negligence. The seminal nature of that case was that it universalized a principle as old as the Biblical parables. It articulated the neighborhood principle that a person owes a duty of care to another if there is relationship of proximity between them such that one person's actions may reasonably foreseeably damage the other person. And so, in modern jurisprudence, the duty owed by a doctor to a patient does not require novel ethical language, but simply extends a general and universal principle that the law applies to all parties with proximity to each other. One aspect of this duty is the provision of reasonable treatment to patients. The bioethical principle of beneficence, to act for the good of the patient, and the neighborhood principle of avoiding negligence derive from the same wellspring: the doctor has a duty to the patient to act in good faith, and patients have a right to expect the doctor to act always in good faith.

Alleviating pain is not merely a matter of beneficence but also forms part of the duty to prevent harm. The principle of nonmaleficence prohibits the infliction of harm. An unreasonable failure to act is arguably negligent, a breach of human rights, and professional misconduct.

The scope of the bioethical principle of autonomy is wide. It includes the right of patients to be informed of all aspects of their disease and treatment and allows them to make informed decisions about their care. It further includes a doctor's duty to listen to a patient's complaint of pain, to make a reasonable effort to provide pain relief, and to permit autonomy of the patient to self-determination of medical care. Conversely, failing to listen to patients' complaints of pain, and to make a reasonable effort to provide pain relief, may be found by a court to constitute negligence. Thus both the law and the medical profession offer a strong ethical foundation for a coherent policy of pain management as a right of all patients. Each discipline informs the other.

### **CONCLUSION**

Pain control is arguably the past, present, and future of anesthesiology (152). Yet, for too long, pain and its management have been prisoners of myth, irrationality, ignorance, and cultural bias. The vulnerable have lacked protection. This article has surveyed the many ways in which pain management is now being addressed across the disciplines of medicine, law, and ethics. Their respective contributions are coalescing into a coherent position in which unreasonable failure to treat pain is poor medicine and unethical practice. This viewpoint is spreading at an accelerating pace and extending widely throughout society. Even as this article was being completed, Pope Benedict XVI issued a message to celebrate

the Fifteenth World Day of the Sick on February 11, 2007, in which he praised the work of palliative care workers and stated, "There is a need to promote policies which create conditions where human beings can bear even incurable illnesses and death in a dignified manner" (153). Yet, an approach based on moral persuasion, even by a major religious leader, may founder in the absence of practical steps. Deep-seated cultural and political barriers will doom policies based on regulation without education. Reform will require an integrated approach to address the problem of under-treated pain at all levels:

1. Education for health undergraduates and graduates, including adult health professionals,
2. Adoption of universal pain management standards by professional bodies,
3. Promotion of legislative reform,
4. Liberalization of national policies on opioid availability,
5. Provision of affordable opioids,
6. Promotion of pain control programs in all nations, irrespective of resources,
7. Continuing activism of the WHO in collaboration with the foremost international pain relief organizations.

Much work and continuing vigilance will be required to make the transition from asserting that pain management is a fundamental human right, to a future in which appropriate pain management is a global reality. Until then, the bold hope of Oliver Wendell Holmes will founder on the reality of care experienced personally by Shaw and Bonica, who were personally afflicted by both acute and chronic pain, and who strove throughout their lives to improve the management of patients, the "ones who suffer."

#### ACKNOWLEDGMENTS

*Dr. Carr thanks Miss Evelyn Hall for skilled, meticulous assistance with this manuscript, and the Saltonstall and Armington funds for support of his involvement in this and related activities. Professor Cousins thanks the Pain Management Research Institute and the University of Sydney for support during a sabbatical leave when much of the work on this manuscript was performed in Sydney and in Boston.*

#### REFERENCES

1. Shaw GB. The Doctor's Dilemma. 1906. In: Laurence D, ed. The Bodley Head Bernard Shaw: Collected Plays with Their Prefaces. Vol 3. London: Max Reinhardt, 1971:223-436.
2. Carr DB, Jacox AK, Chapman CR, Ferrell BR, Fields HL, Heidrich G III, Hester NK, Hill CS Jr., Lipman AG, McGarvey CL, Miaskowski CA, Mulder DS, Payne R, Schechter N, Shapiro BS, Smith RS, Tsou CV, Vecchiarelli L. Acute Pain Management: Operative or Medical Procedures and Trauma. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: Agency for Health Care Policy and Research, Public Health Service, US Department of Health and Human Services, 1992. AHCPR Pub. No. 92-0032.

3. MacIntyre P, on behalf of the Working Party of the Australian and New Zealand College of Anaesthetists. Acute Pain Management: Scientific Evidence, 2nd ed. Melbourne, Australia: Australian and New Zealand College of Anaesthetists, 2005. Available at: <http://www.nhmrc.gov.au/publications/synopses/cp104syn.htm>.
4. European Federation of IASP Chapters. EFIC's Declaration on Chronic Pain as a Major Healthcare Problem, a Disease in its Own Right. Presented at the European Parliament, Brussels, Belgium, October 9, 2001, after endorsement by 25 European Chapters of the International Society for the Study of Pain. Available at: [http://www.painreliefhumanright.com/pdf/06\\_declaration.pdf](http://www.painreliefhumanright.com/pdf/06_declaration.pdf).
5. Siddall PJ, Cousins MJ. Persistent pain as a disease entity: implications for clinical management. *Anesth Analg* 2004;99:510-20.
6. Gureje O, Von Korff M, Simon GE, Gater R. Persistent pain and well-being: a World Health Organization study in primary care. *JAMA* 1998;280:147-51.
7. Merskey H, Lau CL, Russell ES, Brooke RI, James M, Lappano S, Neilsen J, Tilsworth RH. Screening for psychiatric morbidity. The pattern of psychological illness and premorbid characteristics in four chronic pain populations. *Pain* 1987;30:141-57.
8. Fishbain D. Approaches to treatment decisions for psychiatric comorbidity in management of the chronic pain patient. *Med Clin North Am* 1999;83:737-60.
9. Thorpe DM. The incidence of sleep disturbance in cancer patients with pain. In: 7th World Congress on Pain: Abstracts. Seattle, WA: IASP Publications, 1993: abstract 451.
10. Cleeland CS, Nakamura Y, Mendoza TR, Edwards KR, Douglas J, Serlin RC. Dimensions of the impact of cancer pain in a four country sample: new information from multidimensional scaling. *Pain* 1996;67:267-73.
11. Feuz A, Rapin CH. An observational study of the role of pain control and food adaptation of elderly patients with terminal cancer. *J Am Diet Assoc* 1994;94:767-70.
12. Ferrell BR. The impact of pain on quality of life. A decade of research. *Nurs Clin North Am* 1995;30:609-24.
13. Katz N. The impact of pain management on quality of life. *J Pain Symptom Manage* 2002;24:S38.
14. Verhaak PF, Kerssens JJ, Dekker J, Sorbi MJ, Bensing JM. Prevalence of chronic benign pain disorder among adults: a review of the literature. *Pain* 1998;77:231-9.
15. Blyth FM, March LM, Brnabic AJM, Jorm LR, Williamson M, Cousins MJ. Chronic pain in Australia: a prevalence study. *Pain* 2001;89:127-34.
16. Stewart WF, Ricci JA, Chee E, Morganstein D, Lipton R. Lost productive time and cost due to common pain conditions in the US workforce. *JAMA* 2003;290:2443-54.
17. Van Leeuwen MT, Blyth FM, March LM, Nicholas MK, Cousins MJ. Chronic pain and reduced work effectiveness: the hidden cost to Australian employers. *Eur J Pain* 2006;2:161-6.
18. Blyth FM, March LM, Brnabic AJM, Cousins MJ. Chronic pain and frequent use of health care. *Pain* 2004;111:51-8.
19. Molloy AR, Blyth FM, Nicholas MK. Disability and work-related injury: time for a change? *Med J Aust* 1999;170:150-1.
20. Blyth FM, March LM, Nicholas MK, Cousins MJ. Chronic pain, work performance and litigation. *Pain* 2003;103:41-7.
21. Wittink H, Carr DB, eds. Pain Management: Evidence, Outcomes and Quality of Life. A Sourcebook. Amsterdam: Elsevier, 2005.
22. Ehrich EW, Bolognese JA, Watson DJ, Kong SX. Effect of rofecoxib on measures of health-related quality of life in patients with osteoarthritis. *Am J Manag Care* 2001;7:609-16.
23. Rowbotham M, Harden N, Stacey B, Bernstein P, Magnus-Mille L. Gabapentin for the treatment of postherpetic neuralgia: a randomized controlled trial. *JAMA* 1998;280:1837-42.
24. Cousins MJ, Power I, Smith G. 1996 Labat Lecture: Pain—a persistent problem. *Reg Anesth Pain Med* 2000;25:6-21.
25. Dolin SJ, Cashman JN, Bland JM. Effectiveness of acute post-operative pain management. I. Evidence from published data. *Br J Anaesth* 2002;89:409-23.
26. Powell AE, Davies HT, Bannister J, Macrae WA. Rhetoric and reality on acute pain services in the UK: a national postal questionnaire survey. *Br J Anaesth* 2004;92:689-93.
27. The SUPPORT Principal Investigators. A controlled trial to improve care for seriously ill hospitalized patients. *JAMA* 1995;274:1591-8; erratum in *JAMA* 1996;275:1232.

28. Bardiau FM, Braeckman MM, Seidel L, Albert A, Boogaerts JG. Effectiveness of an acute pain service inception in a general hospital. *J Clin Anesth* 1999;11:583-9.
29. Gray PH, Trotter JA, Langbridge P, Doherty CV. Pain relief for neonates in Australian hospitals: a need to improve evidence-based practice. *J Paediatr Child Health* 2006;42:10-3.
30. Harrison D, Loughnan P, Johnston L. Pain assessment and procedural pain management practices in neonatal units in Australia. *J Paediatr Child Health* 2006;42:6-9.
31. Mather L, Mackie J. The incidence of postoperative pain in children. *Pain* 1983;15:271.
32. Crombie IK, Croft PR, Linton SJ, Le Resche L, Von Korff M, eds. *Epidemiology of Pain*. Seattle: IASP Press, 1999.
33. Won A, Lapane K, Gambassi G, Bernabei R, Mor V, Lipsitz LA. Correlates and management of non-malignant pain in the nursing home. *J Am Geriatr Soc* 1999;47:936-42.
34. Harstall C, Ospina M. How prevalent is chronic pain? *Pain: Clin Updates* 2003;11:1-4.
35. Sternbach RA. Survey of pain in the United States: the Nuprin Pain Report. *Clin J Pain* 1986;2:49-53.
36. Research!America. *America Speaks: Pain in America. A survey among adults nationwide, August 2003*. Available at: <http://researchamerica.org/polldata/pain.html>.
37. Teno JM, Weitzen S, Wetle T, Mor V. Persistent pain in nursing home residents [research letter]. *JAMA* 2001;285:2081.
38. Selva C. International control of opioids for medical use. *Eur J Palliat Care* 1997;4:194-8.
39. Teoh N, Stjernsward J. WHO Cancer Pain Relief Program—Ten Years On. *IASP Newsletter*. Seattle: IASP Press, 1992; July/August: 5-6.
40. Goudas LC, Carr DB, Bloch R, Balk E, Ioannidis JPA, Terrin N, Gialeli-Goudas M, Chew P, Lau J. *Management of Cancer Pain. Vols 1, 2. Evidence Tables. Evidence Report/Technology Assessment No. 35*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2001.
41. Daut RL, Cleeland CS. The prevalence and severity of pain in cancer. *Cancer* 1982;50:1913-8.
42. Ripamonti C, Dickerson ED. Strategies for the treatment of cancer pain in the new millennium. *Drugs* 2001;61:955-77.
43. Von Roenn JH, Cleeland CS, Gonin R, Hatfield AK, Pandya KJ. Physician attitudes and practice in cancer pain management: a survey from the Eastern Cooperative Oncology Group. *Ann Intern Med* 1993;19:121-6.
44. Breitbart W, Rosenfeld BD, Passik SD, McDonald MV, Thaler H, Portenoy RK. The undertreatment of pain in ambulatory AIDS patients. *Pain* 1996;65:243-9.
45. Carr DB, Goudas LC. Evaluating and managing pain for patients with HIV/AIDS: an overview. In: Nedeljković SS, ed. *Pain Management, Anesthesia, and HIV/AIDS*. Boston: Butterworth-Heinemann, 2002:119-41, Chapter 10.
46. Carr DB. *Fact Sheet on Pain in HIV/AIDS: A major global healthcare problem*. European Federation of IASP Chapters 2004. Available at: <http://www.efic.org/04B%20pain%20in%20HIV%20Fact%20Sheet.pdf>.
47. Larue F, Colleau S, Brasseur L, Cleeland CS. Multicentre study of cancer pain and its treatment in France. *BMJ* 1995;310:1034-7.
48. Cleeland CS, Gonin R, Hatfield AK, Edmonson JH, Blum RH, Stewart JA, Pandya KJ. Pain and its treatment in outpatients with metastatic cancer. *N Engl J Med* 1994;330:592-6.
49. Wang XS, Cleeland CS, Mendoza TR, Engstrom MC, Liu S, Xu G, Hao X, Wang Y, Ren XS. The effects of pain severity on health-related quality of life: a study of Chinese cancer patients. *Cancer* 1999;86:1848-55.
50. Wolfe J, Grier HE, Klar N, Levin SB, Ellenbogen JM, Salem-Schatz S, Emanuel EJ, Weeks JC. Symptoms and suffering at the end of life in children with cancer. *N Engl J Med* 2000;342:326-33.
51. Bonica JJ, Loeser JD. History of pain concepts and therapies. In: Loeser JD, Butler SH, Chapman CR, Turk DC, eds. *Bonica's Management of Pain*. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott, Williams and Wilkins, 2001:3-16.
52. Fulop-Miller R. *Triumph over Pain*. Translated by E and C Paul. London: Hamish Hamilton, 1938:7-8, 15-32.
53. Keele KD. *Anatomies of Pain*. Oxford: Blackwell 1957;1-16.
54. Procacci P, Maresca M. The pain concept in western civilization: a historical review. In: Benedetti C, Chapman CR, Moricca G, eds. *Advances in the Management of Pain (Advances in Pain Research and Therapy. Vol 7)*. New York: Raven Press, 1984:17.
55. Rey R. *History of Pain*. Paris: Editions La Découverte, 1993.
56. Baszanger I. *Inventing Pain Medicine: From the Laboratory to the Clinic*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press, 1998.
57. Dormandy T. *The Worst of Evils*. New Haven: Yale University Press, 2006.
58. Carr DB. Letter to forum commenting on "Iceman from the Copper Age." *Natl Geogr Mag* 1993;4:184.
59. Morris DB. *The Culture of Pain*. Berkeley, CA: University of California Press, 1994.
60. Papper EM. *Romance, Poetry and Surgical Sleep: Literature Influences Medicine*. Westport, CT: Greenwood Press, 1995.
61. Jacox AK, Carr DB, Payne R, Berde CB, Breitbart W, Cain JM, Chapman CR, Cleeland CS, Ferrell BR, Finley RS, et al. *Management of Cancer Pain. Clinical Practice Guideline No. 9*. Rockville, MD: Agency for Health Care Policy and Research, Public Health Service, US Department of Health and Human Services, 1994. AHCPR Pub. No. 94-0592.
62. Carr DB. The development of national guidelines for pain control: synopsis and commentary. *Eur J Pain* 2001;5:91-8.
63. Warfield CA, Kahn CH. Acute pain management: programs in US hospitals and experiences and attitudes among US adults. *Anesthesiology* 1995;83:1090-4.
64. Mitka M. "Virtual textbook" on pain developed: effort seeks to remedy gap in medical education. *JAMA* 2003;290:2395.
65. European Federation of IASP Chapters. *Unrelieved pain is a major global healthcare problem*. 2004. Available at: <http://www.efic.org/04A%20Global%20Day%20Fact%20Sheet.pdf>.
66. Melzack R. IASP Presidential Address. The tragedy of needless pain: a call for social action. In: Dubner R, Gebbart MR, Bond MR, eds. *Proceedings of the 5th World Congress of Pain*. New York: Elsevier, 1988:1-11.
67. International Narcotics Control Board. *United Nations "Demographic Yearbook"*. Vienna: International Narcotics Control Board, 2005.
68. Pain and Policy Studies Group, WHO Collaborating Center for Policy and Communications in Cancer Care, University of Wisconsin Comprehensive Cancer Care Center. *Opioid Analgesics—Trends, Guidelines, Resources*. Prepared for the International Association for the Study of Pain, 10th World Congress on Pain, San Diego, CA, August 17-22, 2002. Available at: <http://www.medsch.wisc.edu/painpolicy/IASPmono.pdf>.
69. James A. Painless human right. *Lancet* 1993;342:567-8.
70. Rich B. An ethical analysis of the barriers to effective pain management. *Camb Q Healthc Ethics* 2000;9:54.
71. Gilson AM, Joranson DE, Mauer MA. Improving medical board policies: influence of a model. *J Law Med Ethics* 2003;31:119-29.
72. Federation of State Medical Boards of the United States. *Model policy for the Use of Controlled Substances for the Treatment of Pain*. Dallas, TX; Federation of State Medical Boards of the United States, 2004. Available at: [http://www.fsmb.org/pdf/2004\\_grpol\\_Controlled\\_Substances.pdf](http://www.fsmb.org/pdf/2004_grpol_Controlled_Substances.pdf).
73. de C Williams AC, Amris K, Van Der Merwe J. Pain in survivors of torture and organized violence. In: Dostrovsky JO, Carr DB, Koltzenburg M, eds. *Proceedings of the 10th World Congress on Pain. Progress in Pain Research and Management. Vol 24*. Seattle: IASP Press, 2003:791-802.
74. Lichtblau E. Justice Department opens inquiry into abuse of US detainees. *New York Times*, January 14, 2005, Late Edition, Section A, Column 3, National Desk, p 20.
75. Bennett D, Carr D. Opiophobia as a barrier to the treatment of pain. *J Pain Palliat Care Pharmacother* 2002;16:105-9.
76. Ballantyne JC, Mao J. Opioid therapy for chronic pain. *N Engl J Med* 349;20:1943-53.
77. McNicol E, Horowicz-Mehler N, Fisk RA, Bennett K, Gialeli-Goudas M, Chew PE, Lau J, Carr D. Management of opioid side effects in cancer-related and chronic noncancer pain—a systematic review. *J Pain* 2003;4:231-56.
78. Pargeon KL, Hailey BJ. Barriers to effective cancer pain management: a review of the literature. *J Pain Symptom Manage* 1999;18:358-68.

79. Martino AM. In search of a new ethic for treating patients with chronic pain: what can medical boards do? *J Law Med Ethics* 1998;26:332–49.
80. Elliott TE, Elliott BA. Physician attitudes and beliefs about use of morphine for cancer pain. *J Pain Symptom Manage* 1992;7:141–8.
81. Vainio A. Treatment of terminal care pain in France: a questionnaire study. *Pain* 1995;62:155–62.
82. Ward SE, Goldberg N, Miller-McCauley V, Mueller C, Nolan A, Pawlik-Plank D, Robbins A, Stormoen D, Weissman DE. Patient related barriers to management of cancer pain. *Pain* 1993;52:319–24.
83. Ward SE, Hernandez L. Patient-related barriers to cancer pain management in Puerto Rico. *Pain* 1994;58:233–8.
84. Lin CC, Ward SE. Patient-related barriers to cancer pain management in Taiwan. *Cancer Nurs* 1995;18:16–22.
85. Ziegler SJ, Lovrich NP Jr. Pain relief, prescription drugs, and prosecution: a four-state survey of chief prosecutors. *J Law Med Ethics* 2003;31:75–100.
86. Carr DB, Loeser J, Morris DB, eds. *Narrative, Pain and Suffering*. Seattle: IASP Press, 2005.
87. Pernick MS. The calculus of suffering in nineteenth-century surgery. *Hastings Cent Rep* 1983;13:26–36.
88. Council on Ethical and Judicial Affairs, American Medical Association. Decision near the end of life. *JAMA* 1992;267:2229–33.
89. American Nurses Association. *Code of Ethics for Nurses with Interpretive Statements*. Washington, DC: American Nurses Publishing, 2001.
90. Post LF, Blustein J, Gordon E, Dubler NN. Pain: ethics, culture and informed consent to relief. *J Law Med Ethics* 1996;24:348–59.
91. Somerville MA. Death of pain: pain, suffering and ethics. In: Gebhart GF, Hammond DL, Jensen TS, eds. *Proceedings of the 7th World Congress on Pain. Progress in Pain Research and Management. Vol 2*. Seattle: IASP Press, 1994:41–58.
92. Cain JM, Hammes BJ. Ethics and pain management: respecting patient wishes. *J Pain Symptom Manage* 1994;9:160–5.
93. Pecoul B, Chirac P, Trouiller P, Pinel J. Access to essential drugs in poor countries. A lost battle? *JAMA* 1999;281:361–7.
94. Green CR, Anderson KO, Baker TA, Campbell LC, Decker S, Fillingim RB, Kaloupek DA, Lasch KE, Myers C, Tait RC, Todd KH, Vallerand AH. The unequal burden of pain: confronting racial and ethnic disparities in pain. *Pain Med* 2003;4:277–84.
95. Bentham J. In: Burns JH, Hart HLA, eds. *An Introduction to the Principles of Morals and Legislation*. Oxford: Clarendon Press, 1996:343.
96. Supreme Court of the USA. *Washington v Glucksberg* 117 S. 1997:Ct 2258.
97. Supreme Court of the USA. *Vacco v Quill* 117 S. 1997:Ct 2293.
98. Burt R. The Supreme Court speaks. *N Engl J Med* 1997;337:1234–6.
99. Weinman BP. Freedom from pain—establishing a constitutional right to pain relief. *J Leg Med* 2003;24:495–539.
100. Medical Treatment Act 1994 (Australian Capital Territory), Section 23.
101. Consent to Medical Treatment and Palliative Care Act 1995 (South Australia), Sections 3 and 17(1).
102. Hyman CS. Pain management and disciplinary action: how medical boards can remove barriers to effective treatment. *J Law Med Ethics* 1996;24:338–43.
103. California Business and Professional Code. s. 2190.5, 2241.6 and 2313. West, 2004.
104. Charatan F. New law requires doctors to learn care of the dying. *BMJ* 2001;323:1088–9.
105. Assembly Bill 10407, 2003–2004 Session, New York, 2004.
106. The National Drug Authority (Prescription and Supply of Certain Narcotic Analgesic Drugs) Regulations, 2004. Statutory Instruments 2004, No. 24. Statutory Instruments Supplement to the Uganda Gazette No. 18. Vol XCVII.
107. Supreme Court of South Australia. *Giurelli v. Girgis*. 1980:SASR 264.
108. Court of Appeal of British Columbia. *Dillon v. LeRoux*. 1994;6:WWR 280.
109. Supreme Court of New South Wales. *O’Shea v. O’Sullivan*. Australian Torts Reports. 1994;61:288.
110. North Carolina Superior Court Division. *Estate of Henry James v. Hillhaven Corporation* No. 89. 1991:CVS 64.
111. Somerville MA. *Death Talk*. Montreal: McGill-Queen’s University Press, 2001;186:225–6.
112. Rich BA. Thinking the unthinkable: the clinician as perpetrator of elder abuse of patients in pain. *J Pain Palliat Care Pharmacother* 2004;18:63–74.
113. California Welfare and Institute. Code. 15600–15675. West, 2004.
114. Dickens B. Commentary on ‘Slow Euthanasia.’ *J Palliat Care* 1996;12:43.
115. Von Gunten CF, Von Roenn JH. Barriers to pain control: ethics and knowledge. *J Palliat Care* 1994;10:52–4.
116. Somerville MA. Opioids for chronic pain of non-malignant origin—coercion or consent? *Health Care Anal* 1995;3:12–14.
117. Emmanuel E. Pain and symptom control. Patient rights and physician responsibilities. *Hematol Oncol Clin North Am* 1996;10:41–7.
118. Cousins MJ. Relief of acute pain: basic human right? *Med J Aust* 2000;172:3.
119. Cousins MJ, Brennan F, Carr DB. Pain relief: a universal human right. *Pain* 2004;112:1–4.
120. Alston P. The International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights: Under Six Major International Human Rights Instruments. In: United Nations Centre For Human Rights and United Nations Institute for Training and Research. *Manual on Human Rights Reporting*. New York: United Nations, 1991:39.
121. Craven MCR. The International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights: A Perspective on its Development. New York: Oxford University Press, 1995:141–3.
122. Committee on Economic, Social and Cultural Rights. General Comment No. 14. The Rights to the Highest Attainable Standard of Health (Article 12 of the Covenant). 22nd Session April–May 2000 E/C 12/2000/4 para 43.
123. Universal Declaration of Human Rights, 1948. United Nations General Assembly Resolution 217A (III). 1948.
124. Skene L. *Law and Medical Practice—Rights, Duties, Claims and Defences*. 2nd ed. Melbourne: Butterworths 2004:56.
125. High Court of Australia. *Hoile v. Medical Board of South Australia*. 1961:104 CLR 107.
126. Queen’s Bench Division, United Kingdom. *Allinson v. General Council of Medical Education and Registration*, 1894;1:QB 750, 763.
127. New South Wales Court of Appeal. *Pillai v. Messiter*. 1989:16 NSWLR 197, at 202.
128. American Academy of Pain Medicine. *Consent for Chronic Opioid Therapy*. 1999. Available at: [http://www.painmed.org/productpub/statements/pdfs/opioid\\_consent\\_form.pdf](http://www.painmed.org/productpub/statements/pdfs/opioid_consent_form.pdf).
129. Berman S, ed. *Approaches to Pain Management: An Essential Guide for Clinical Leaders*. Oakbrook Terrace, IL: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, 2003.
130. Burgess FW. Pain scores: are the numbers adding up to quality patient care and improved pain control? *Pain Med* 2006;7:371–2.
131. Vila H, Smith RA, Augustyniak MJ, Nagi PA, Soto RG, Ross TW, Cantor AB, Strickland JM, Miguel RV. The efficacy and safety of pain management before and after implementation of hospital-wide pain management standards: is patient safety compromised by treatment based solely on numerical pain ratings? *Anesth Analg* 2005;101:474–80.
132. World Health Organization. *Cancer Pain Relief*. Geneva: WHO, 1986.
133. International Narcotics Control Board. *Freedom from Pain and Suffering*. Annual Report. Vienna: International Narcotics Control Board, 1999:2.
134. World Health Organization. *National Cancer Control Programmes: Policies and Management Guidelines*. 2nd ed. Geneva: WHO, 2002.
135. Dahl JL. Legal and regulatory aspects of opioid treatment: the United States experience. In: Brurera ED, Portenoy RK, eds. *Cancer Pain. Assessment and Management*. New York: Cambridge University Press, 2003:458.
136. World Health Organization. *Achieving balance in national opioids control policy—guidelines for assessment*. Geneva: WHO, 2000.
137. Sepulveda C, Marlin A, Yoshida T, Ullrich A. Palliative care: the World Health Organization’s perspective. *J Pain Symptom Manage* 2002;24:91–6.

138. Dahl JL. Working with regulators to improve the standard of care in pain management: the US experience. *J Pain Symptom Manage* 2002;24:136–47.
139. A Joint Statement from 21 Health Organizations and the Drug Enforcement Administration. Promoting Pain Relief and Preventing Abuse of Pain Medication: A Critical Balancing Act. Available at: <http://www.ampainsoc.org/advocacy/promoting.htm>; [http://www.ampainsoc.org/advocacy/pdf/consensus\\_1.pdf](http://www.ampainsoc.org/advocacy/pdf/consensus_1.pdf).
140. United States Department of Justice, Drug Enforcement Administration, Office of Diversion Control. Dispensing of controlled substances for the treatment of pain. Available at: [http://www.deadiversion.usdoj.gov/fed\\_regs/rules/2004/fr1116.htm](http://www.deadiversion.usdoj.gov/fed_regs/rules/2004/fr1116.htm)
141. United States Department of Justice, Drug Enforcement Administration, Office of Diversion Control, in partnership with Last Acts Partnership and the Pain and Policy Studies Unit, University of Wisconsin. Prescription pain medications: frequently asked questions and answers for health care professionals and law enforcement personnel. Available at: <http://www.painfoundation.org/eNews2004/0904/PainMedLegalFAQ.pdf>.
142. United States Department of Justice, Drug Enforcement Administration, Office of Diversion Control. Practitioner's Manual. An informational outline of the Controlled Substances Act. 2006. Available at: <http://www.deadiversion.usdoj.gov/pubs/manuals/pract/index.html>.
143. United States Department of Justice, Drug Enforcement Administration, Office of Diversion Control. Issuance of multiple prescriptions for schedule II controlled substances. Available at: [http://www.deadiversion.usdoj.gov/fed\\_regs/rules/2006/fr0906.htm](http://www.deadiversion.usdoj.gov/fed_regs/rules/2006/fr0906.htm).
144. Dahl JL. The state cancer pain initiative movement in the United States: successes and challenges. In: Meldrum M, ed. *Opioids and Pain Relief: A Historical Perspective* (Progress in Pain Research and Management. Vol 25). Seattle: IASP Press, 2003.
145. Stjernsward J, Clark D. Palliative medicine—a global perspective. In: Doyle D, Hanks G, Cherny N, Calman K, eds. *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. 3rd ed. New York: Oxford University Press, 2004:1199–222.
146. National Center for Health Statistics. *Health, United States, 2006 With Chartbook on Trends in the Health of Americans*. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics, 2006. Available at: <http://www.cdc.gov/nchs/data/hus/06.pdf>.
147. University of Sydney Graduate Studies Program in Pain Management. Available at: [http://www.pmri.med.usyd.edu.au/education/degree\\_program.php](http://www.pmri.med.usyd.edu.au/education/degree_program.php).
148. Tufts University School of Medicine, Master of Science in Pain Research, Education and Policy. Available at: <http://www.tufts.edu/med/education/phpd/msprep/index.html>.
149. Ahmedzai SH, Costa A, Blengini C, Bosch A, Sanz-Ortiz J, Ventafridda V, Verhagen SC. A new international framework for palliative care. *Eur J Cancer* 2004;40:2192–2200.
150. Montreal Statement on the Human Right to Essential Medicines. 2005. Available at: [http://www.ccghr.ca/default.cfm?lang=e&content=accessmeds\\_news&subnav=news](http://www.ccghr.ca/default.cfm?lang=e&content=accessmeds_news&subnav=news).
151. British House of Lords. *Donoghue v Stevenson* [1932]. 1932: AC 562.
152. Cousins MJ. Pain: The past, present, and future of anesthesiology? The E. A. Rovenstine Memorial Lecture. *Anesthesiology* 1999;91:538–51.
153. Benedictus PP. XVI. Message of His Holiness Benedict XVI for the Fifteenth World Day of the Sick. The Vatican: Libreria Editrice Vaticana, 2006. Available at: [http://www.vatican.va/holy\\_father/benedict\\_xvi/messages/sick/documents/hf\\_ben-xvi\\_mes\\_20061208\\_world-day-of-the-sick-2007\\_en.html](http://www.vatican.va/holy_father/benedict_xvi/messages/sick/documents/hf_ben-xvi_mes_20061208_world-day-of-the-sick-2007_en.html).

**ANEXO III:**  
**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**



UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO  
PRÓ-REITORIA ACADÊMICA  
COORDENAÇÃO GERAL DE PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA  
LABORATÓRIO DE PSICOPATHOLOGIA FUNDAMENTAL E PSICANÁLISE

## TÉRMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos V. Sa. a participar do subprojeto de pesquisa sobre **DOR CRÔNICA OU UM CORPO DEPRIMIDO? - REFLEXÕES SOBRE AS DIMENSÕES PSICOLÓGICAS DA DOR CORPORAL NA CONTEMPORANEIDADE**, segmento do Projeto de Pesquisa intitulado **POR UMA METAPSICOLOGIA DO CORPO**, de responsabilidade da **Profa. Dra. Edilene Freire de Queiroz**, mat. N°. 0680-0, do Laboratório de Psicopatologia Fundamental e Psicanálise, da Universidade Católica de Pernambuco – UNICAP, cujo objetivo geral é analisar o circuito pulsional nas psicopatologias do corpo, configuradas no contexto social contemporâneo e pensar o destino da somatização para além da conversão histérica e dos fenômenos classificáveis como psicossomáticos.

Esta pesquisa se subdivide em diversos segmentos, cada um deles, enfoca as manifestações corporais em grupos de sujeitos específicos e distintos. No segmento objeto desta pesquisa de campo o objetivo geral é **INVESTIGAR A DOR CRÔNICA NO CONTEXTO CONTEMPORÂNEO E SUA RELAÇÃO COM SINTOMAS DEPRESSIVOS**, tendo os seguintes objetivos específicos:

- Distinguir a compreensão psicanalítica do corpo e da dor da dimensão biológica do sintoma;
- Pesquisar as principais manifestações corporais da depressão sob a ótica da medicina e da psicanálise;
- Realizar um estudo baseado numa observação clínica de pacientes portadores de dor crônica, visando identificar, através de seus efeitos e de suas representações no corpo, os processos psíquicos inerentes;
- Interpretar, na clínica com pacientes de dor corporal crônica, os múltiplos elos entre a psique/soma, depressão e a linguagem corporal manifestada.

### Justificativa:

Os fenômenos sociais contemporâneos que apontam para uma ditadura do gozo e para uma cultura de culto ao corpo, têm-nos obrigado a dirigir, cada vez mais, o olhar para as manifestações e sintomas corporais. Causa preocupação as manifestações mórbidas de bulimia e anorexia, e aumento de quadros adictivos, como drogas, uso incessante da internet, a compulsão por compras, patologia de dor, etc.

Pretende-se com esta pesquisa compreender os acontecimentos de corpo envolvidos em algumas dessas problemáticas conforme indicamos nos objetivos, e assim contribuir para as políticas de saúde públicas no que concerne a diagnóstico, tratamento e prevenção.

### Procedimentos:

Cada segmento da pesquisa trabalhará com um grupo de sujeitos. O número de sujeitos envolvidos será definido, posteriormente, conforme a facilidade de acesso institucional e disponibilidade dos sujeitos em participar da pesquisa. Como se trata de uma pesquisa psicanalítica a definição do número de sujeitos não é o fator preponderante e sim a possibilidade de aprofundar os depoimentos a partir do método de saturação dos dados conforme Minayo (2006).

### Riscos esperados:

Qualquer situação de interação que leve o sujeito a falar de situações e sintomas que revelam sua intimidade pode gerar certo desconforto. Entretanto tal contexto será minimizado pelo fato de solicitarmos depoimentos livres, sem questões diretas. Alguns depoimentos poderão ser colhidos no absoluto anonimato, porque serão feitos *via internet*. Além disso, a pesquisadora, na qualidade de psicóloga clínica, se propõe a efetuar acompanhamento psicológico dos pacientes envolvidos nesta pesquisa, durante o período de, pelo menos, 6 meses.

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO  
PRÓ-REITORIA ACADÊMICA  
COORDENAÇÃO GERAL DE PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA  
LABORATÓRIO DE PSICOPATHOLOGIA FUNDAMENTAL E PSICANÁLISE

**Benefícios para o participante:**

Diretamente, por receber acompanhamento psicológico e orientação sobre serviços de atendimentos psicológicos, para aqueles que assim desejarem.

Indiretamente, uma vez que os resultados irão contribuir para a compreensão dos fenômenos inconscientes envolvidos nas patologias do corpo e, conseqüentemente, subsidiarão os profissionais que trabalham com tais problemáticas.

Recife, 19 de setembro de 2008

\_\_\_\_\_  
Edilene Freire de Queiroz

\_\_\_\_\_  
Maria do Socorro Gonçalves Formiga

Eu \_\_\_\_\_, abaixo assinado, dou meu consentimento livre e esclarecido para participar como voluntário do Subprojeto de Pesquisa sobre **DOR CRÔNICA OU UM CORPO DEPRIMIDO? - REFLEXÕES SOBRE AS DIMENSÕES PSICOLÓGICAS DA DOR CORPORAL NA CONTEMPORANEIDADE**. Segmento do Projeto de Pesquisa intitulado **POR UMA METAPSICOLOGIA DO CORPO**. Assinando este Termo de Consentimento, estou ciente de que: Obtive todas as informações necessárias para poder decidir conscientemente sobre a minha participação na pesquisa.

Estou livre para interromper a qualquer momento minha participação na pesquisa.

Meus dados pessoais serão mantidos em sigilo. Os resultados gerais obtidos através da pesquisa serão utilizados, apenas, para alcançar os objetivos do trabalho exposto acima, incluindo sua publicação na literatura científica especializada.

Poderei contatar o Comitê de Ética da UNICAP para apresentar recursos ou reclamações em relação à pesquisa através do telefone (81) 21.19.43.76 o qual encaminhará o procedimento necessário.

João Pessoa, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Assinatura do Voluntário

Identidade: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_