Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Centro de Biomédico
Instituto de Medicina Social

Raquel Alcides dos Santos

Estratégias terapêuticas no tratamento da dor crônica: uma genealogia da clínica da dor

Rio de Janeiro
2009

Raquel Alcides dos Santos

Estratégias terapêuticas no tratamento da dor crônica: uma genealogia da clínica da dor

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Ciências Humanas e Saúde.

Orientadora: Prof. ª Dra. Marilena Vilela Corrêa.
Coorientadora: Prof.ª Dra. Márcia Ramos Arán.

Rio de Janeiro

2009

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CB/C

S237 Santos, Raquel Alcides dos.
Estratégias terapêuticas no tratamento da dor crônica: uma genealogia da clínica da dor / Raquel Alcides dos Santos. – 2009.
157f.

Orientadora: Marilena Vilela Corrêa.
Coorientadora: Márcia Ramos Áran.
Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Bonica, John J., 1917- – Teses. 2. Dor intratável – Teses. 3. Dor intratável - Tratamento – Teses. 4. Clínicas de dor. I. Corrêa, Marilena Cordeiro Dias Villela. II. Áran, Márcia Ramos. III. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. IV. Título.

CDU 616.89-009.7

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

_____ _____

Assinatura Data

Raquel Alcides dos Santos

Estratégias terapêuticas no tratamento da dor crônica:

uma genealogia da clínica da dor

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Ciências Humanas e Saúde.

Aprovada em 08 de maio de 2009.

Coorientadora: Prof.ª Dra. Márcia Ramos Arán
Instituto de Medicina Social – UERJ

Banca Examinadora: _____
Prof.ª Dra. Marilena Cordeiro Dias Villela Corrêa (Orientadora)
Instituto de Medicina Social – UERJ

_____
Prof. Dr. Joel Birmam
Instituto de Medicina Social – UERJ

_____
Dra. Maria Cristina Rodrigues Guilam
Escola Nacional de Saúde Pública – FIOCRUZ

_____
Dra. Gloria Regina Bandeira de Araujo
Serviço de Psiquiatria a Psicologia Médica de HUCFF – UFRJ

Rio de Janeiro

2009

DEDICATÓRIA

A todos aqueles que sofrem com dor e a aqueles que se dedicam a aliviá-la.

AGRADECIMENTO

As minhas orientadoras, Márcia Arán e Marilena Corrêa pelo incentivo e ajuda na parte prática desta pesquisa.

Aos meus queridos amigos e colegas da Clínica da Dor e Cuidados Paliativos do HUCFF: Dra. Tereza Cristina, Dra. Giselane Salamonde, Dra. Vera Mannarino, Dra. Adriane Fonseca, Enf. Joyce Romanini, Dra. Fernanda Serpa, a Assistente Social Madalena Rocha e Dra. Ana Beatriz pelo carinho e incentivo e também pela dedicação, profissionalismo e humanidade que tanto me inspiram na minha vida profissional. Em especial, ao Dr. Ricardo Cunha pela ajuda e paciência de ler o meu material e ao Dr. Peter Spiegel pela generosidade em compartilhar comigo sua experiência e sabedoria.

Aos meus amigos e mestres do Serviço de Psiquiatria e Psicologia Médica do HUCFF: Dr. José Henrique Figueiredo, Dr. Maurício Tostes, Gisela Cardoso, Dra. Lina Rosa Nunes, Íris, Dr. Roberto Azambuja, Professor Marco Antonio Brasil, Dra. Glória Araujo e tantos outros que por lá passaram, por acreditarem no meu potencial, me apoiarem nas dificuldades e tanto me ensinaram. Em especial ao Dr.Nelson Caldas, meu primeiro e eterno mestre, a Professora Carla DeMeis pela disponibilidade e generosidade, ao meu amigo Antonio Filpi pela amizade e ajuda e pelo abstract de última hora e a saudosa memória da Dra. Lúcia Sptiz.

À minha querida amiga Suely Marinho pela primorosa revisão de texto, pela pertinência dos seus conselhos e pelo carinho da sua amizade.

À minha família e aos meus amigos pela paciência em aturar o meu cansaço e a minha ausência.

A todos que, direta ou indiretamente, colaboraram para a realização deste trabalho.

Meu corpo inventou a dor
A fim de torná-la interna
Integrante do meu Id
Ofuscadora da luz
Que aí tentava espalhar-se.

Carlos Drummond de Andrade

RESUMO

SANTOS, Raquel Alcides. Estratégias terapêuticas no tratamento da dor crônica: um estudo genealógico da Clínica da Dor. 2009. 158f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade de Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

O objetivo desse trabalho é analisar a singularidade das estratégias terapêuticas introduzidas pelo modelo das Clínicas da Dor, através de um estudo genealógico desse projeto terapêutico e sua contextualização no âmbito da racionalidade científica moderna. Mais especificamente, pretende-se analisar as transformações na racionalidade médica que permitiram, sucessivamente, a apreensão da dor pelo discurso médico, a concepção da dor como uma doença e a construção e a consolidação do modelo terapêutico das Clínicas da Dor. Para tal, inicialmente, analisamos o modelo terapêutico desenvolvido pelo médico anestesista John Bonica, idealizador do modelo das Clínicas da Dor, destacando as ferramentas conceituais que possibilitaram a compreensão da dor crônica como doença e como fenômeno biopsicossocial. Num segundo momento, realizamos uma descrição e análise dos principais eventos que permitiram a consolidação da medicina da dor como uma prática específica e multidisciplinar, dando destaque à inserção deste modelo no contexto do Sistema Único de Saúde Brasileiro. Finalmente, a partir de uma experiência clínico-institucional buscamos refletir sobre os limites e possibilidades da aplicação prática deste modelo, lançando luz sobre os impasses da clínica e tensões oriundas da problematização, do dualismo mente e corpo e das práticas terapêuticas interdisciplinares.

Palavras-chaves: Dor crônica. Clínica da dor. Subjetividade. História da medicina. Práticas de saúde.

ABSTRACT

The aim of this work is to analyze therapeutic strategies singularities that have begun by the Pain Clinics, trough a genealogical study of this therapeutic project and its place on the modern scientific rationality. More specifically, we intend to analyze changes in medical rationality that allow the comprehension of pain by the medical thinking, the understanding of Pain as a disease and the building and consolidation of Pain Clinics therapeutic models. In this way, it was analyzed the therapeutic thinking developed by Bonica, anesthesiologist, that idealized the new model of pain Clinics, detaching the new conceptual instruments that enabled the understanding of pain as a disease and a biopsychosocial phenomenon. Forthwith we described and analyzed the main events that allowed the pain medicine as specifical practice, emphasizing the insertion of Pain Clinics in SUS (Brazilian Unified Health System). At last, based on an institutional experience, we tried to think about the bounds and possibilities in the feasibility of this model, enlighten the tensions and stalemates about the mind–body dualism problems and the diversity of different therapeutic practices.

Keywords: Chronic pain. Clinics of pain. Subjectivity. History of Medicine. Health Practices.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Modelo da dor de Descartes..... 42

Figura 2 Teoria da especificidade de Von Frey..... 43

Figura 3 Teoria da Somação de Goldscheider..... 44

Figura 4 Teoria de Somação Central Livingston..... 46

Figura 5 Espectro da dor segundo Bonica..... 65

Figura 6 Teoria da comporta (1965) 72

Figura 7 Novo modelo da Teoria da Comporta(1983) 74

Figura 8 Modelo Conceptual de Melzak e Casey (1968)..... 92

Figura 9 Modelo de Loeser para a dor 104

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	12
1	**DA DOR SINTOMA À DOR DOENÇA NA RACIONALIDADE MÉDICA MODERNA**	18
1.1	**Preâmbulos: desenvolvimento das tecnologias de paliação da dor**	18
1.1.1	O contexto sócio-histórico da evolução do conceito de dor	18
1.1.2	A anestesia e os procedimentos anestésicos	24
1.1.3	Os analgésicos	29
1.2	**A dor no contexto da emergência da racionalidade médica moderna**	33
1.2.1	O estatuto da dor no século XX e a racionalidade científica	33
1.2.1.1	Teorias da dor	41
1.2.1.2	A hegemonia da Teoria da Especificidade e os bloqueios nervosos como tecnologia de tratamento da dor	48
2	**A CONSTRUÇÃO DAS CLÍNICAS DA DOR**	52
2.1	**John Bonica e suas primeiras indagações**	52
2.2	**O primeiro laboratório de Bonica**	56
2.3	**O livro da dor: *The Management of Pain***	57
2.3.1	Classificação da dor	63
2.3.2	Avaliação da dor	66
2.3.3	Tratamento da dor	68
2.4	**Repercussões iniciais do trabalho de Bonica**	69
2.4.1	Desenvolvimentos paralelos	69
2. 4.1.1	Duncan Alexander	69
2. 4.1.2	William K. Livingston	70
2. 4.1.3	Mark Swerdlow	71
2.4.2	A Teoria da Comporta ou Teoria do Portão de Controle	71
2. 5	**Consolidação do modelo teórico conceitual das clinicas da dor**	75
2.5.1	Mudança no cenário científico: A medicina da vigilância e o modelo biopsicossocial das doenças crônicas	76
2.5.1.1	Movimentos paralelos à medicina da dor	82
2.5.2	Desenvolvimento da medicina da dor após a Teoria da Comporta	85
2.5.2.1	O simpósio	87
2.5.2.2	A Dor como comportamento	92
2.5.2.3	International Association for the Study of Pain (IASP)	100
2.5.3	Princípios gerais para o tratamento da dor na atualidade	108
3	**AS CLÍNICAS DA DOR NO BRASIL**	111
3. 1	**A Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor**	111
3.2	**Regulamentação para atuação em dor e panorama atual da medicina da dor no Brasil**	112
3.3	**Clínicas da Dor no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro**	115
4	**OS IMPASSES DA CLÍNICA E A CONSTRUÇÃO DE ESTRATÉGIAS TERAPÊUTICAS**	121
4.1	**A Clinica da dor do HUCFF/UFRJ**	121
4. 1.1	A história da clínica da dor do UCFF	121
4. 1.2	Modelo organizacional e rotinas de atendimento	125
4.2	**Estratégias terapêuticas no tratamento da dor crônica**	127
4.2.1	Singularidade do modelo idealizado por Bonica	128
4.2.2	Casos clínicos	129

4.2.3 Limites e potencialidades do modelo terapêutico das Clínicas da Dor 134
5 **CONCLUSÃO** 144
REFERENCIAS 147
GLOSSÁRIO 153
ANEXO A : Classificação das síndromes dolorosas: (IASP) 155

INTRODUÇÃO

DOR, "o mais filosófico dos problemas,
a mais semiológica das questões",
(Admar Horn)

A dor é, provavelmente, a queixa mais freqüente e antiga da história da medicina. Mas, apesar dessa estreita associação, a preocupação com o combate à dor pela medicina é um problema muito recente e sua importância ainda é apenas parcialmente aceita pelos médicos. Essa realidade é conseqüência do fato de que a dor ainda é encarada pela maioria dos médicos como um sintoma, ou seja, um sinal clínico secundário que aponta para o diagnóstico de uma doença ou lesão subjacente. Além disso, é comum que a dor seja encarada pelos profissionais de saúde como parte inevitável da doença ou do tratamento e que por isso não precisa ser, por si só, alvo da intervenção terapêutica. Assim, a maioria dos profissionais de saúde não sabe e não se interessa em aprender a manusear técnicas de combate à dor (LIMA e TRAD, 2007;2008)

No plano da literatura são abundantes os dados que comprovam a realidade do subtratamento da dor. Em relação à dor aguda, pesquisas atestam que mesmo a dor no pós-operatório, uma das modalidades mais comuns de dor aguda, ainda é muito mal controlada nos hospitais em geral (VAN DEN NIEUWENHUYZEN et al, 1995; PIMENTA e TEIXEIRA, 1997; MARTINS e PIMENTA, 1997; PAICE et al, 1991). Isso ocorre apesar de a dor, nesse contexto, além de representar um sofrimento para o doente, responder por uma série de fenômenos fisiológicos que podem complicar o pós-operatório e dificultar a recuperação do paciente (como, por exemplo, alterações cardiocirculatórias, taquipnéia, retenção hídrica, aumento do catabolismo com elevação dos níveis de glicose, alterações na coagulação e redução da resposta imune, etc.) Além disso, a dor produz um grande desgaste emocional que pode resultar em menor motivação para cooperar com o tratamento (BONICA, 1990; WHEDON e FERRELL, 1992). Mesmo em relação à dor oncológica, embora a literatura mostre que a dor constitui um dos principais sintomas da evolução da doença, presente na experiência de mais de 2/3 (dois terços) dos doentes em fase avançada, e em 30% a 60% dos doentes em fase ativa de tratamento (ELLIOT e ELLIOT, 1991; BONICA, VENTAFRIDA, TWYCROSS, 1990), o combate à dor é ainda é muito negligenciado. Dados da WHO (1996) indicam que 85% a 90% das dores relacionadas ao câncer podem ser razoavelmente controladas através do uso correto dos recursos analgésicos, contudo somente 50% destes pacientes têm sua dor adequadamente controlada. No que diz respeito à dor

crônica, apesar de não haver dados precisos sobre o subtratamento, as pesquisas apontam que o avanço tecnológico é, em muitos aspectos, responsável por um aumento significativo da probabilidade do desenvolvimento de algum tipo de dor crônica ao longo da vida. Destaca-se, por exemplo, a relação direta entre o aumento da expectativa de vida média da população e a probabilidade do indivíduo desenvolver condições dolorosas características do envelhecimento. O aumento da sobrevida se liga também ao aumento de traumas e doenças antes fatais, resultando na maior probabilidade de ocorrência de seqüelas dolorosas crônicas (GOZZANI, 2009; BONICA 1990; BASZANGER, 1992).

Apesar de ainda negligenciada pela medicina, a dor já pode, pelo menos desde o final do século passado, ser considerada um objeto legítimo de estudo e prática médica, como atesta o surgimento de um novo discurso acerca do fenômeno doloroso na biomedicina. Tal discurso inovador associa-se ao surgimento de um grupo ativo de profissionais dedicados especificamente ao preenchimento daquela lacuna teórica e prática, relativa aos problemas complexos para os quais os tratamentos convencionais da dor falharam. Esse grupo de profissionais inaugura, assim, um novo modelo terapêutico, o da Clínica da Dor. Esse novo modelo teórico e prático propõe-se a compreender a dor, em especial a dor crônica, como um fenômeno biopsicossocial, cuja abordagem exige equipe multidisciplinar e tratamento multimodal.

A transformação da dor em objeto específico e legítimo da prática médica, justificando tanto a existência de locais independentes de tratamento quanto profissionais especializados, se consolida no final da Segunda Guerra Mundial, num processo de cerca de vinte anos de duração. O movimento de construção dessa nova especialidade operou uma progressiva mudança no estatuto da dor, a partir, basicamente, de dois movimentos: i) o da configuração de um campo de observação e de prática, que defendia a particularidade do fenômeno da dor clínica, que ocorre no cotidiano, contraposta à dor estudada experimentalmente em laboratório. Neste primeiro movimento ressalta a experiência subjetiva da dor no contexto em que ela ocorre. ii) o outro consistiu em recortar *a dor crônica como uma doença;* um tipo específico de dor dotada de características próprias e definida como uma nova entidade. (BASZANGER, 1998)

Tomar a dor clínica como objeto de estudo e de prática implica assumir como objeto biomédico um fenômeno problemático, marcado pela invisibilidade e incomensurabilidade. Assim, o fenômeno visado pela Clínica da Dor pode ser descrito como uma entidade privada, inferida por meio da narrativa da experiência pessoal, configurando um

objeto bastante distinto dos objetos tradicionais da medicina, ligados diretamente ao corpo ou desvendados por meio de testes laboratoriais. Finalmente, considerar a dor uma doença crônica implica visar não a cura, mas a administração da doença e, consequentemente, da vida do paciente.

Essas particularidades, a fragilidade da dor como fato e a necessidade de gestão da doença, tem um efeito significativo sobre a prática médica, em especial sobre o lugar que a *subjetividade* vem a ocupar no trabalho médico e sobre a relação que se estabelece entre médico e paciente, que implica na aproximação da experiência de vida e de adoecimento do individuo. Compreender essas informações e transformá-las em elementos que possam estruturar as estratégias terapêuticas são os desafios que a Clínica da Dor propõe enfrentar. Tais desafios exigem do profissional não apenas a aplicação de um corpo de conhecimentos teóricos mas, eventualmente, uma construção co-produzida por profissionais e pacientes, cuja forma e conteúdo estão sujeitos a uma miríade de variáveis. (LIMA e TRAD, 2007; 2008)

Meu interesse por essa problemática foi suscitado pelo trabalho com a dor, que vivenciei na prática clínica cotidiana. Minha experiência, primeiro como estagiária e atualmente como psicóloga clínica e membro efetivo da equipe multidisciplinar da Clínica da Dor do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho da Universidade Federal do Rio de Janeiro, somada ao crescente interesse em aperfeiçoar meu conhecimento.[1]

O objetivo principal de meu trabalho é apresentar e analisar a singularidade das estratégias terapêuticas introduzidas pelo modelo das Clínicas da Dor através de um estudo genealógico da sua construção e sua contextualização no âmbito da racionalidade científica moderna. Os objetivos específicos são: 1) descrever o processo lógico que levou à emergência e à consolidação da racionalidade médica e a sua articulação com as transformações no estatuto da dor que possibilitaram a sua apreensão pelo discurso médico; 2) analisar como essa transformação determinou o desenvolvimento de tecnologias para a sua paliação; 3) descrever o deslocamento conceitual na medicina moderna que possibilitou a concepção da dor como uma doença, e não meramente um sintoma, e o surgimento das Clínicas de Dor; 4) descrever e analisar o processo de construção e consolidação da medicina da dor e do modelo terapêutico das Clínicas da Dor, destacando as tendências científicas que determinaram em

[1] Esse trabalho faz parte de um projeto de pesquisa mais amplo que foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em 2007 e que pretende explorar, através de uma pesquisa teórica e prática, o modelo terapêutico da Clínica da Dor do HUCFF/URFJ, tal como vivenciado pelos usuários e profissionais que dela fazem parte.

parte esse processo; 5) descrever o estatuto da medicina da dor e das Clínicas da Dor no mundo e no Brasil; 6) refletir sobre os limites e possibilidades da aplicação prática do modelo terapêutico das Clínicas da Dor a partir de uma experiência clínico-institucional em uma Clínica da Dor.

De um ponto de vista teorico-metodologico, baseamo-nos, primeiramente, na obra da socióloga francesa Isabelle Baszanger a respeito das Clínicas da Dor, particularmente no livro *Inventing pain medicine: from the laboratory to the clinic* e nos artigos de sua pesquisa sobre o tema . Baszanger descreve e reflete acerca do aparecimento da medicina da dor nos Estados Unidos da América, através da reconstituição dos movimentos que levaram à criação e ao reconhecimento da dor como um problema médico em si, demarcando assim uma abordagem específica e a constituição de um novo campo de saber e prática na medicina. Poder-se-ia dizer que esta constitui a obra mais completa a respeito das Clinicas da Dor, associando a descrição do desenvolvimento da medicina da dor á análise dos arranjos que permitiram a emergência de uma nova entidade clínica no campo da medicina; e, em conseqüência, o surgimento de um novo grupo profissional. Apesar do pioneirismo e da singularidade, de sua obra, a autora ainda é pouco conhecida e acessada no Brasil.

Em segundo lugar, lançaremos mão das teorias de Michel Foucault acerca do poder e da racionalidade médica, com o objetivo de construir o pano de fundo a partir do qual o modelo das Clínicas da Dor se constrói. O recorte específico será as transformações nos procedimentos, instrumentos e aparelhos de poder que deram origem aos deslocamentos no discurso médico científico que possibilitaram a emergência dessa tecnologia de paliação da dor .

O desenvolvimento de nosso objeto neste trabalho está estruturado em quatro capítulos.

O primeiro capítulo traça um histórico da evolução do conceito de dor e da sua paliação ao longo dos séculos, destacando as modificações nas concepções médicas que proporcionaram a apreensão do fenômeno da dor pelo discurso médico. Apresentamos de forma sintética as transformações sócio-culturais ligadas a uma concepção particular da dor que incitou o aparecimento de esforços mais sistemáticos para o seu alívio. Descreveremos, ainda, o surgimento de tecnologias de tratamento associadas a esta nova concepção de dor que exige uma paliação: primeiramente, pelo desenvolvimento da anestesia e a seguir pelo surgimento dos agentes analgésicos. Na segunda deste mesmo capítulo, o lugar da dor no discurso médico é analisado, no período em que John Bonica, idealizador das Clínicas da Dor,

inicia seus estudos. O objetivo principal desse capítulo é descrever o contexto sócio-histórico e científico no qual a dor vai progressivamente deixando de ser entendida apenas como sintoma, com o surgimento de uma concepção da dor como doença , deslocamento conceitual que foi a condição de possibilidade para a emergência de um do projeto que deu origem às modernas Clínicas de Dor, no século XX

No segundo capítulo, trataremos mais especificamente da história da construção da modalidade terapêutica das Clínicas da Dor como proposta de tratamento especializado para os pacientes portadores de dores crônicas, tal como idealizado pioneiramente pelo médico anestesista John Bonica, Ao formular as primeiras indagações sobre a dor crônica, Bonica pôs em prática e desenvolveu, simultaneamente: um novo modelo de entendimento e tratamento da dor ; a emergência de um novo especialista, o algologista[2]; e a necessidade de estrutura específica, um novo local a Clínica da Dor. Descreveremos também as ferramentas conceituais desenvolvidas pelo autor em seu objetivo de dar visibilidade e circulação a esse projeto. Nessa descrição procurarei evidenciar a operação lógica que constrói a dor como um objeto médico específico, a ser abordado por uma nova modalidade terapêutica específica e multidisciplinar. A seguir, são discutidos os redirecionamentos do entendimento da dor, desde as repercussões iniciais do trabalho de Bonica até meados da década de 1960, quando surgem novas práticas para a legitimação do projeto daquele autor. Seguiremos, então, o caminho de desenvolvimento da medicina da dor de meados da década de 1960 até os dias atuais, Alguns fatos, parte de um movimento mais amplo da medicina entre as décadas de 1960 e 1980, serviram de "pano de fundo" para o desenvolvimento do trabalho de Bonica, a saber as transformações trazidas por uma nova categoria de doentes, os doentes crônicos. A consolidação da medicina da dor depende de acréscimos conceituais cujos princípios gerais serão apresentados no final desse segundo capítulo.

O terceiro capítulo centra-se na situação atual das Clínicas da Dor no Brasil, partindo dos primeiros movimentos que levaram à criação da Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor (SBED), até chegarmos a atualidade, marcada pela regulamentação da atuação sobre a dor e o panorama da medicina da dor no país. Por fim, abordaremos a situação das Clínicas da Dor no contexto do Sistema Único de Saúde Brasileiro, através principalmente do processo de criação do suporte legal para inclusão das Clínicas da Dor no quadro dos serviços especializados oferecidos à população na esfera da saúde pública.

---

[2] Essa expressão praticamente não é utilizada no Brasil, onde se convencionou chamar os médicos que se dedicam ao tratamento da dor de "clínicos de dor".

Por fim, no quarto e último capítulo, analisaremos os limites e potencialidades da proposta terapêutica das Clínicas da Dor através da descrição das estratégias terapêuticas no cotidiano da assistência aos pacientes de dores crônicas em um Centro Multidisciplinar de Dor, o Hospital Universitário Clementino Fraga Filho da UFRJ. Na primeira parte do capítulo, abordaremos o contexto da experiência clínica e as estratégias terapêuticas para o tratamento da dor crônica; a história da implantação da referida Clínica e o modelo organizacional e rotinas de atendimento atuais. Ao final deste capítulo, propomos sublinhar algumas características que fazem da Clínica da Dor uma proposta singular, para em seguida analisar os limites e potencialidades da aplicação desse modelo a partir de uma experiência clínico - institucional. Para enriquecer essa discussão, serão apresentados dois casos clínicos, com o intuito de ilustrar os elementos apontados ao longo do capítulo.

1. DA DOR SINTOMA À DOR DOENÇA NA RACIONALIDADE MÉDICA MODERNA

1.1. Preâmbulos: desenvolvimento das tecnologias de paliação da dor.

Nesse capítulo traçaremos um breve histórico da evolução do conceito de dor e da sua paliação. O fio condutor será as modificações nas concepções médicas a respeito da dor e as tecnologias desenvolvidas para o seu alívio, ou seja, o desenvolvimento dos procedimentos anestésicos e dos agentes analgésicos, assim como as concepções científicas que deram origem a essas inovações. Antes de qualquer coisa, será apresentada resumidamente uma seqüência das transformações sócio-culturais, a partir das quais se tornou possível o desenvolvimento de uma concepção particular da dor que fomentou o surgimento de iniciativas mais sistemáticas para a sua paliação. Esse movimento, por sua vez, propiciou o surgimento de determinadas inovações, algumas delas já concebidas em momentos anteriores, mas que, graças a essas transformações, puderam ser aceitas e difundidas.

1.1.1 O contexto sócio-histórico da evolução do conceito de dor

Apesar de um grande número de agentes sedativos já ser conhecido e utilizado desde a antiguidade, o reconhecimento social da validade de se desenvolver iniciativas para o seu controle, como a anestesia cirúrgica e o uso sistemático de analgésicos, está vinculado a transformações históricas e culturais que marcaram a transição para a sociedade moderna e contemporânea, dentro das qual a doença, a morte e a dor passassem a ser encaradas como algo que podia e devia ser transformado pela ação do homem.

Durante um longo período histórico, da Idade Média e mesmo até a primeira metade do século XX, pode-se considerar que a doença, a morte e a dor eram fatos mais corriqueiros, porque a expectativa de vida era pequena, predominando altas taxas de mortalidade por doenças e condições (como a fome, guerras) e raramente uma pessoa podia livrar-se totalmente de experimentar condições de grande sofrimento físico ao longo da vida. Por conseqüência, esses eventos eram encarados como naturais e inevitáveis. Além disso, em função da racionalidade teocentrista, o sofrimento era visto como uma manifestação da vontade divina, encarado, por um lado, como um castigo pelos pecados e, por outro, uma oportunidade para a expiação. Dessa forma, qualquer tentativa de controle da dor através de

alguma substância química corria o risco de ser interpretada como bruxaria e as pessoas envolvidas podiam ser severamente punidas (MAIA e FERNANDES, 2003). Com o grande desenvolvimento da ciência biomédica no século XX e do aumento resultante da expectativa de vida, a naturalidade da doença, dor e morte começa a ser problematizada.

Diferentemente, a dor já foi um importante instrumento na manutenção da ordem social, como no contexto teocrático medieval, quando a justiça era aplicada por meio das chamadas ordálias - provas aplicadas para determinar a culpa ou inocência do acusado. Consistindo em uma prova dolorosa, caso o acusado resistisse à prova ou se recuperasse dos ferimentos, considerava-se que Deus o havia protegido, demonstrando sua inocência. A administração da justiça através da dor era o principal componente do julgamento divino. Para reforçar tal crença, descrições e representações do inferno como o lugar da administração de dores intensas por toda a eternidade eram muito comuns nas Igrejas e nos panfletos religiosos (CATON, 1994).

Ao final da Idade Média, com a constituição dos Estados, a ascensão das monarquias nacionais européias, e a centralização do poder nas mãos da aristocracia, produz-se uma profunda reestruturação do sistema judiciário, que passa a estar centralizado na figura do rei. Este, por sua vez, é encarado como designado por Deus, visto como o guardião da fé, isso porque a justiça divina e a secular confundiam-se para legitimar o poder da realeza numa sociedade regida ainda pelos valores religiosos. Nesse contexto, todo crime cometido era um crime contra o rei e, consequentemente, contra Deus. Essa parceria entre Estado e Igreja, justiça laica e religiosa associada ‘a exibição pública da violência física na execução das penas como forma de demonstração do poder real eram características marcantes do regime absolutista vigente. Essa forma de exercício do poder, foi denominada por Foucault de poder soberano (WELAUSEN, 2007; MOURA, 2007; PIMENTEL, 2001).

Em suas análises, Foucault indica que o direito do soberano de dispor da vida e da morte de seus filhos e escravos derivava formalmente da velha *patria potestas,* a quem lhes havia “dado”. Mas diferentemente da formulação desse direito pelos filósofos clássicos, para Foucault não se trata mais de um privilégio absoluto, mas condicionado à defesa do soberano e à sua sobrevivência enquanto tal (Foucault, 1993). Nesta forma moderna, relativa e limitada, como também sua forma antiga e absoluta, trata-se de um direito assimétrico. O direito formulado como de “vida e morte” é, de fato, o direito de *causar a morte* ou de *deixar viver* simbolizado pelo gládio. Essa figura jurídica está relacionada a um tipo histórico de sociedade na qual o poder se exercia essencialmente como instância de confisco, mecanismo de

subtração, direito de se apropriar de uma parte das riquezas: extorsão de produtos, de bens, de serviços, de trabalho e de sangue imposta aos súditos. O poder soberano era , antes de tudo, o direito de apreensão das coisas, do tempo, dos corpos e, finalmente, da vida, culminando no privilégio de suprimi-la (Foucault, 1993).

Enquanto durou a sociedade de tipo feudal, a relação de soberania recobria a totalidade do corpo social. Ate que, de acordo com Foucault, assiste-se, nos séculos XVII e XVII, à emergência de uma nova mecânica de poder, com procedimentos específicos, instrumentos totalmente novos e aparelhos bastante diferentes dos dispositivos de soberania – trata-se do surgimento do poder disciplinar. Este se apóia mais nos corpos e seus atos do que na terra e seus produtos, permite extrair dos corpos tempo e trabalho mais do que bens e riqueza. É um tipo de poder que se exerce continuamente através da vigilância e não descontinuamente por meio de sistemas de taxas e obrigações distribuídas no tempo; supõe mais um sistema minucioso de coerções materiais do que a existência física de um soberano. Finalmente, representa uma nova economia do poder que propicia simultaneamente o crescimento das forças dominadas e o aumento da força e da eficácia de quem as domina (Foucault,2004). Com a disciplina o poder vai enfrentar as exigências de gerir a vida e para isso, vai se ordenar em função de seus reclamos (Foucault, 1993). Tal deslocamento que caracteriza o exercício do poder disciplinar sociedades burguesas foi fundamental para a constituição do capitalismo industrial. Ele não chega, contudo, a destruir o edifício jurídico da soberania, que permanece como modelo na ideologia do direito,organizando os códigos jurídicos inspirados nos códigos napoleônicos adotados na Europa, no século XIX.

A revolução econômica desencadeada pelas grandes navegações altera o antigo cenário em função da confluência de diferentes elementos advindos de novas demandas sociais geradas pela mudança nas formas de produção e pelo surgimento do capitalismo, com deslocamentos políticos e sociais tais como a queda do absolutismo, a ascensão da burguesia e o enfraquecimento do poder político da Igreja Católica .Para Foucault, a modernidade se refere principalmente a um tipo específico de racionalidade ancorada na ciência, nos valores do indivíduo e no mercado (LIPOVETSKY, 2004). Ela inaugura o uso de estratégias específicas de poder denominada por Foucault de biopoder, por incidir prioritariamente sobre os processos gerais da vida, através da regulação dos corpos individuais – ao que Foucault chamou de uma *anatomo-política do corpo humano*, que caracteriza as disciplinas – e da população – *biopolítica*. A instalação – durante a época clássica – desta grande tecnologia de duas faces – anatômica e biológica, individualizante e especificamente voltada para os

desempenhos do corpo e encarando os processos da vida – caracteriza um poder cuja função mais elevada já não é mais matar, mas investir sobre a vida.

A sociedade industrial se torna cada vez mais urbana e as relações de trabalho e produção, que nas cidades feudais e agrárias européias se baseavam na relação de trabalho servil, passam a fundamentar-se no trabalho assalariado. A chamada Segunda Revolução Industrial, impulsionada pelo salto tecnológico do desenvolvimento da eletricidade através do dínamo, expande exponencialmente a capacidade de produção, na segunda metade do século XIX. Criam-se novos mercados consumidores, desencadeando fenômenos sociais como, por exemplo, o Neocolonialismo nos países da Ásia e pressões econômicas contra o modelo escravocrata nas Américas. A preocupação com a produtividade e o consumo faz também com que os governos comecem a responsabilizar-se pela saúde e pelo bem-estar da população. Isso se reflete em preocupações governamentais para abolir a escravidão, proteger as crianças de abuso físico, melhorar as condições para trabalhadores em fábricas e minas, e eliminar torturas e castigos físicos dos sistemas judiciais, etc.

Paralelamente , o florescimento da ciência, em especial da medicina apropria-se da racionalidade científica positivista, renovando suas práticas, em particular pelo questionamento das teorias fundadas na experiência pessoal ou do senso comum. Com efeito, a medicina passa a basear o seu conhecimento nos princípios objetivos da fisiologia, química, patologia e farmacologia. As evidências tangíveis da eficácia da ciência na melhoria das condições vida contribuíram para o desenvolvimento de sentimentos novos de poder, controle e ilusão de perspectivas ilimitadas para o futuro, o que incentivou o uso da racionalidade científica na busca de soluções para algumas inquietações humanas que antes eram naturalizadas (CATON, 1994; MAIA e FERNANDES, 2003), como é o caso da dor, para efeito de nossa discussão nesse trabalho.

Em função das novas relações de produção, de acumulação de capital e de propriedade que se instituem com o capitalismo, a manutenção da ordem e a defesa do patrimônio se tornaram a grande preocupação das recentes companhias e sociedades comerciais, principalmente porque junto com a industrialização surgem nos grandes centros urbanos uma população concentrada e potencialmente revoltosa. Em "*O nascimento da medicina social*", Foucault aponta o surgimento da noção de periculosidade associada à aglomeração urbana e à pobreza, que, pela primeira vez, aparece como uma força política capaz de se revoltar contra o regime instituído (FOUCAULT, 2008; MOURA, 2007).

> "... no Antigo Regime, os diferentes estratos sociais tinham cada um sua margem de ilegalidade tolerada: a não-aplicação da regra, a inobservância de inúmeros éditos ou ordenações eram condição do funcionamento político e econômico da sociedade (...) essa ilegalidade era tão profundamente enraizada e tão necessária à vida de cada camada social, que tinha de certo modo sua coerência e economia próprias (...) As camadas mais desfavorecidas da população não tinham privilégios, em princípio, mas gozavam, no que lhes impunham as leis e os costumes, de margens de tolerância,..." (FOUCAULT, 2008, P.70)

Para que se possa garantir a ordem numa população de indivíduos potencialmente "livres", não mais submetidos ao controle de um poder incontestável do soberano legitimado por Deus, é necessário fomentar o cumprimento da lei em nome do bem comum de uma população de indivíduos, que se tornam, agora, os principais interessados na manutenção da ordem que garante o bem-estar coletivo. Resulta, neste processo social, a construção de outro modelo – o das democracias parlamentares – cujo fundamento assume uma natureza contratual. A perspectiva dos contratualistas permanecia, contudo, ainda inscrita no espaço jurídico da soberania, relativizando-a cada vez mais (MARTINS, 2009).

Nessa lógica, o criminoso transforma-se em um inimigo social, uma vez que o crime é algo que ameaça o contrato social, prejudicando, potencialmente, todos os membros da sociedade. A tecnologia disciplinar de manutenção da ordem é pulverizada por todo o corpo social. Se o crime contra o soberano ofendia a uma autoridade constituída e o medo da punição era o que sustentava a obediência dos demais, agora o crime é entendido como uma ofensa ao que é melhor para a manutenção da ordem, entendido como sendo indispensável à felicidade de todo um coletivo. Já a obediência vem da necessidade de se garantir essa ordem, que agora interessa a cada um particularmente (FOUCAULT, 2008; MOURA, 2007).

Nesse regime de poder disciplinar, o interesse não é tanto a reparação do crime, mas a reparação de um criminoso e, principalmente dos criminosos em potencial, já que o crime é algo que aponta agora para o que deve ser transformado. Nesse sentido, o espetáculo da punição pelo suplício não se justifica mais, pois o que se busca com uma punição não é mais um sofrimento físico (dor), embora ele possa estar implicado, mas sim, uma suspensão de direitos, bem supremo de uma sociedade organizada dessa forma.

Outros autores articulam outras características da modernidade, além da nova economia dos corpos e regulação das populações, como teorizadas por Foucault, com o aparecimento do problema do controle da dor. Márcia Meldrun (2004), por exemplo, indica

a relação entre a ênfase na redução da dor e a filosofia utilitarista; a nova filosofia dos direitos individuais, fruto da filosofia humanista, e por último a ênfase dos poetas românticos na importância da experiência individual. Morris (1998) no artigo "*An invisible history of pain: early 19th-century Britain and America"* localiza o surgimento do movimento cultural do Romantismo, entre os séculos XVII e XVIII, como o elemento chave para a constituição da visão moderna a respeito da dor e em especial da concepção médica desse fenômeno, inscritas em uma nova visão de mundo mais geral. O autor argumenta que embora a medicina da época estivesse passando por uma fase confusa de transição, na qual os médicos começavam a livrar-se da tradição Galênica dos humores corporais, sem haver ainda estruturado um conhecimento sólido o suficiente para substituí-la, num sentido menos objetivo, uma mudança extremamente importante estava em curso, com o reajustamento nos reinos da visibilidade médica, que tornaria a dor crescentemente visível dentro do corpo (MORRIS, 1998; MELDRUN, 2003).

Morris apóia-se nas teses desenvolvidas por Foucault em "O nascimento da clínica" para mostrar que a partir do "olhar" positivista da anatomia patológica, a dor transforma-se progressivamente um objeto médico, a tal ponto que na atualidade, quando pensamos em dor, pensamos automaticamente na medicina e nos médicos. A investigação clínica da anatomia patológica vai iluminar os espaços antes obscuros do corpo, trazendo tanto um novo foco empírico, como uma reorganização total do discurso médico, no que tange o redimensionamento das fronteiras da visibilidade e da inteligibilidade. Assim, na prática clínica, muda o diálogo entre médico e paciente: a pergunta "O que você sente?" é substituída por "Onde dói?" Do convite à fala sobre a experiência individual do adoecimento, passa-se ao pedido para uma informação específica e objetiva. O médico seleciona as informações que julga pertinentes na exploração profunda do corpo e na exposição das fontes escondidas de dor e processos patológicos : fortalece-se, assim, a lógica de que não se pode validar a dor na ausência de um sinal objetivo, de uma lesão visível. Toda queixa de dor, cuja apresentação não se encaixa nos critérios objetivos que tornam possível sua associação com uma lesão ou disfunção, começa a tornar-se invisível (MORRIS, 1998).

O enfoque crescente da dor como um evento da clínica e de espaços privados cria a dificuldade de se reconhecer a dor vivida dentro de estruturas sociais públicas como a família, igreja, e o local de trabalho., Essa alteração das atitudes públicas frente a dor é conseqüência dos conceitos Românticos de ego e subjetividade. Opondo-se à idéia de que dor e sofrimento serviriam para elevar as sensibilidades morais do leitor, Morris indica que a escritura

Romântica preocupa-se, na realidade, com a experiência da dor e sofrimento daquele que escreve ou sofre, a dor se torna o mediador para a criação de um ego novo, agora em contato com o que é real (MORRIS,1998, CATON,1994). Nesse momento, a dor não é vista como uma condição médica, subproduto da doença, mas como meio de autocriação e autoafirmação de uma vida redefinida como busca de sensações. Trata-se de uma dor introspectiva, inexprimível, incompreensível e incurável. O Romantismo, de certo modo, instaura uma cisão entre a dor emocional e a dor física. Essa primeira cisão da dor, apreendida pelo olhar clínico do século XVIII, contribui para a criação da dicotomia que vivenciamos atualmente entre uma chamada dor física, identificada com objeto visível (lesão), e uma dor invisível, emocional, sem lesão aparente, considerada como menos legítima. Na prática, isso dá origem a um dilema: qualquer dor tem que ter uma causa objetiva, caso contrário, corre um grande risco de ser considerada imaginária.

> A dor romântica contribui com características chaves para a linhagem da subjetividade moderna, mas também é uma dor que se refere aos aspectos que parecem profundamente suspeitos ou mesmo nulos quando vistos com o rigor de um olhar clínico. O ego notoriamente dividido da modernidade, entre outros conflitos básicos, experimenta e simultaneamente nega a dor romântica que é central para a própria subjetividade. O paradoxo da dor romântica (...) ajuda a explicar algumas confusões em curso. O paciente atual, por exemplo, continua a querer uma explicação biológica para a sua dor e muitas vezes rejeita fortemente explicações que incluam referência ao mental, emocional ou psicossocial. O mesmo paciente, porém, também continua a empregar uma linguagem que remete regularmente a dor emocional. É como se nós continuássemos a viver no século XIX, mas também com o olhar interiorizado da clínica (MORRIS, 1998, p.195) [3]

Em suma a contextualização das mudanças na concepção da dor, culminando na demanda por tratamento biomédico ilustram tanto a sua complexidade enquanto fenômeno, quanto a forma como a cultura e o desenvolvimento do conhecimento científico articulam-se . A nova concepção de dor - que exige uma paliação nos conduz a abordar a seguir as tecnologias de tratamento e os principais eventos da história do seu controle pela medicina: primeiramente pelo desenvolvimento da anestesia e, em seguida, pelo surgimento dos agentes analgésicos.

1.1.2. A anestesia e os procedimentos anestésicos.

Até meados do século XIX, os procedimentos cirúrgicos ainda não eram muito comuns porque os conhecimentos sobre a anatomia e sobre o controle das infecções ainda

[3] Tradução da autora.

eram rudimentares, elevando a mortalidade durante e depois de procedimentos cirúrgicos . Desse modo, só se recorria à cirurgia em situações extremas, como feridas de guerra, amputação de um membro, redução de fraturas e luxações, extirpação de tumores superficiais ou drenagem de abscessos. Em todos estes casos, a dor era o grande obstáculo a ser enfrentado. Nenhum método anestésico conhecido até então era suficientemente eficaz no controle da dor. Visando oferecer algum conforto, paliativos para a dor eram administrados por via oral, sendo Láudano de Sydenham, uma mistura de ópio e xerez, o mais conhecido. Mesmo quando se conseguia que o paciente ficasse inconsciente, não havia garantia da manutenção desse estado até o final do procedimento. Em função dessas limitações, a cirurgia deveria ser feita no menor tempo possível, sendo a rapidez, a qualidade mais valorizada no cirurgião , com sérios prejuízos tanto no que diz respeito a cuidados referentes à preservação dos tecidos (no caso das amputações) . Quanto ao controle do sangramento (Hemostasia cirúrgica), comumente obtido com ferro em brasa (MAIA e FERNANDES, 2003).

É nesse contexto que em 1796, que Humphry Davy, um aprendiz de farmácia inglês de Penzance, realizava seus experimentos sobre os efeitos de um gás óxido nitroso (N_2O), substância identificada em 1773 por Joseph Priestley. Em seus experimentos Davy descobriu que o gás provocava uma sensação agradável de relaxamento muscular e aguçamento dos sentidos, além de uma vontade incontrolável de rir, razão pela qual ele passou a denominá-lo “gás do riso”. Tendo auto aplicado o óxido nitroso para tratar uma dor de dente, Davy concluiu pela eficácia anestésica da substancia em função do sucesso obtido na sedação da dor. Essa descoberta permaneceu, contudo, ignorada pela medicina da época (O'BRIEN e HOEL, 1997; MAIA e FERNANDES, 2003; REZENDE, 2008).

Mais de duas décadas depois, em 1824, Henry Hill Hickman, médico e cirurgião inglês, usou a mesma substancia em experimentos cirúrgicos com animais , denominando o procedimento de “animação suspensa”. Seu sucesso despertou o interesse de Dominique-Jean Larrey, famoso cirurgião de Napoleão, que chegou a utilizar a mesma técnica para aliviar as dores em cirurgias nos campos de batalha durante as guerras napoleônicas. Hickman tentou sem êxito obter autorização da *Royal Society* e da Associação Médica de Londres para repetir suas experiências com seres humanos. Ele chegou até a escrever ao rei da França, Carlos X, para tentar submeter seu projeto à Academia de Paris, mas mesmo contando com o apoio de Dominique-Jean Larrey, seu pedido foi negado (O'BRIEN e HOEL, 1997; MAIA e FERNANDES, 2003; REZENDE, 2008).

Na mesma época, o físico inglês Michael Faraday (1791-1867), estudando a liquefação dos gases e os líquidos voláteis, descobriu que os vapores do éter tinham efeitos inebriantes similares aos do óxido nitroso, chamando atenção também para o fato de que a inalação do éter era capaz de produzir insensibilidade total. Ele chegou a publicar uma nota no *Journal of Art and Sciences*, mas também não chamou a atenção de outros médicos para sua descoberta (O'BRIEN e HOEL, 1997; REZENDE, 2008).

Assim, antes da segunda metade do século XIX esses gases já eram conhecidos e utilizados tanto com fins medicinais, por exemplo, no tratamento da tuberculose, como para fins recreativos. Nos Estados Unidos, por exemplo, tornou-se popular fazer apresentação pública de espetáculos onde os espectadores eram chamados ao palco, inalavam o gás e se punham a rir e dançar para entretenimento geral. Também era comum, especialmente entre os estudantes de medicina, promover festas para inalação de óxido nitroso e éter, conhecidas como "festas de gás de riso", "divertimentos de éter". Numa destas festas, Crawford W. Long, estudante da Escola de Medicina da Universidade da Pensilvânia, notou que sob o efeito do éter as pessoas pareciam não sentir as dores provocadas pelas contusões muito comuns nestes eventos. Ele teve então a idéia de utilizar o éter em pequenas intervenções cirúrgicas. Assim, no dia 03 de março de 1842, na presença de várias pessoas, extirpou dois pequenos tumores na nuca do paciente que tinha inalado éter sem que ele sentisse nada. Long chegou a fazer oito cirurgias semelhantes utilizando a anestesia pelo éter em seu consultório depois de formado, não se interessando em divulgar sua experiência porque acreditava que esse método não servia para grandes intervenções, em função do risco ligado a necessidade de o paciente inalar o éter durante todo o tempo do procedimento. Rumores sobre um possível risco a vida dos pacientes ligado as praticas de Long, o levaram a abandonar o uso do éter, as suas experiências pioneiras só se tornaram conhecidas depois de muitos anos (REZENDE, 2008; O'BRIEN e HOEL, 1997).

Dois anos depois, o dentista Horace Wells observou que um participante destes episódios de absorção de gás hilariante, sofrera um ferimento extenso na perna, sem demonstrar qualquer sinal de dor. Wells repetiu a experiência de uso do oxido nitroso quando teve um dente extraído de forma indolor, decidindo-se por aperfeiçoar o preparo e administração da substância. Após o uso em uma dezena de extrações dentárias indolores em sua cidade, Hartford, Wells resolve demonstrar sua descoberta para a comunidade médica acadêmica. Então, em janeiro de 1845 Wells viajou para Boston quando apresentou suas idéias a Thomas Green Morton e a outros celebres professores, Havard, como Charles T.

Jackson. Conseguindo autorização para fazer uma demonstração no *Massachusetts General Hospital* Well planejou anestesiar um paciente para realizar uma amputação, mas este não concordou em submeter-se ao procedimento, tendo sido substituído por um estudante de Medicina voluntário para uma anestesia dentária. Sem um nível de anestesia adequado, a demonstração fracassou, fazendo com que Wells fosse encarado como impostor. Isso não impediu que, de volta a Hartford, continuasse a usar óxido nitroso, até que um acidente, quase fatal, com um de seus pacientes, terminasse definitivamente sua pratica de dentista e seus experimentos anestésicos. Em 1847, publicou "A História da Descoberta da Aplicação do óxido nitroso, do éter e de outros Gases em Cirurgia", suicidando-se no ano seguinte (1848), viciado em clorofórmio.

Essa historia nos dá uma noção do problema da consolidação de técnicas anestésicas na época, qual seja, encontrar um agente anestésico e um método de administração com ação imediata, profunda e reversível, relativamente seguro e eficaz para a maioria dos casos (MAIA e FERNANDES, 2003; REZENDE, 2008).

Apesar do insucesso de Wells, seu ex-aluno William Morton, que também estudara com Charles T. Jackson, consolidou conhecimentos sobre a propriedade anestésica tópica do éter para fins odontológicos, cujos resultados eram surpreendentes e muito superiores aos obtidos com o N_2O. Morton, que então cursava o segundo ano de Medicina, conseguiu permissão para demonstrar publicamente o uso de uma “nova substância” como anestésico cirúrgico, sem revelar tratar-se do já bastante conhecido éter. Em 16 de Outubro de 1846, no mesmo anfiteatro e diante do mesmo Professor Warren, Morton anestesiou um paciente portador de uma tumoração vascular no pescoço com o auxílio de um aparelho idealizado por ele para administração da anestesia que ele batizou de *Letheon* (do grego *lh&qh*, esquecimento). O anestésico utilizado foi éter. Após alguns minutos de aspiração, o paciente estava inconsciente e a cirurgia foi realizada sem que o paciente apresentasse qualquer sinal de dor. Atribui-se a este episodio o nascimento oficial da anestesia cirúrgica (REZENDE, 2008, p.8). Morton tentou patentear o *letheon*, mas pressionado pela Associação Médica de Boston para revelar sua composição , de modo que novas intervenções pudessem ser realizadas sem dor, teve de confessar tratar-se de éter sulfúrico puro. A difusão do sucesso de Morton, após sua demonstração na Universidade, iniciou uma disputa entre Wells, Morton, Jackson e outros pretendentes, em relação a quem era o legítimo descobridor da anestesia, tendo prevalecido a versão de ser Morton o pai da anestesia cirúrgica. Durante a Guerra Civil, Morton coordenou a administração de diferentes anestésicos usados pela Comissão Sanitária

dos EUA e após sua morte, foi erigido um monumento com o seguinte epitáfio: "*Aqui jaz W.T.G. MORTON, o descobridor e inventor da anestesia. Antes dele, a cirurgia era sinônimo de agonia. Por ele foram vencidas e aniquiladas as dores do bisturi. Depois dele a ciência é senhora da dor. Erigido pelos cidadãos reconhecidos de Boston"* (REZENDE, 2008, pág1).

Nos anos seguintes, o éter foi substituído pelo clorofórmio como anestésico na pratica obstétrica pelo cirurgião e obstetra inglês James Simpson (REZENDE, 2008; O'BRIEN e HOEL, 1997).

Apesar de evoluir rapidamente, a pratica anestésica encontrou resistências na sua aceitação. Segundo Caton (1994), talvez a importância que a dor desempenhou na formação e manutenção das primeiras instituições sociais seja responsável pela dificuldade que muitas pessoas do século XIX tiveram em aceitar que estas experiências pudessem ser abolidas. Os líderes calvinistas, por exemplo, se opuseram inicialmente a tal prática, utilizando como argumento o princípio do Velho Testamento de que Deus pretendia o nascimento doloroso. Essa oposição começa a desaparecer quando John Snow administrou clorofórmio à Rainha Vitória durante o nascimento de seu oitavo filho. Mesmo entre os médicos, nem todos se entusiasmaram imediatamente, pois a partir do momento que surgiu a possibilidade em potencial de se abolir a dor, surgiram também perguntas fundamentais sobre o seu significado biológico. Questionava-se, por exemplo, se a dor era parte da doença ou da cura e, portanto, se aboli-la não poderia impedir a cura. Alguns cirurgiões sentiam-se inseguros de operar pacientes inconscientes, pois eles se guiavam pelas reações e pela a dor do paciente para dosar os procedimentos. Muitas dessas questões já tinham ocorrido antes de 1846. Mas enquanto não havia possibilidade de abolir a dor, os médicos não eram forçados a desenvolver padrões novos de pensamento crítico para responder a tais questionamentos (FERREIRA e KARKLIS ,2008; O'BRIEN e HOEL, 1997; CATON,1994).

Apesar das resistências iniciais, essa nova tecnologia, somada ao desenvolvimento por Lister em 1865 da cirurgia anti-séptica e o tratamento anti-séptico das feridas, permitiu a realização de intervenções mais longas e complexas. Além disso, a maioria dos doentes aceitava de bom grado a possibilidade de ter a sua dor finalmente extinta durante esses procedimentos (MAIA e FERNANDES, 2003).

Em 1869, Albert Neimann refinou a cocaína, cujos poderes narcóticos já eram conhecidos no Ocidente desde o século XVI. Em 1884, Sigmund Freud chamou a atenção de seu colega, o oftalmologista Carl Koller, a respeito das propriedades analgésicas dessa substância. Koller percebeu a diminuição de sensibilidade provocada pela cocaína na língua e

deduziu que ela poderia ser usada como anestésico local na oftalmologia. Fez então experimentos bem sucedidos com essa técnica e apresentou os resultados em 1884, dando início a uma revolução e inaugurando a analgesia regional. Rapidamente a cocaína revelou-se um analgésico eficiente em outros campos como a otorrinolaringologia, urologia, ginecologia, e até mesmo em cirurgia geral. Um ano mais tarde, em 1885, William Halsted inaugurou a técnica da anestesia neuroregional com cocaína e obteve sucesso com mais de mil casos cirúrgicos. No início do século XX, em 1904, Ernst Fourneau sintetizou o agente anestésico da cocaína, o *stovaine* (procaína ou Novocaína®), que foi introduzido na prática médica e odontológica em 1905 e permanece sendo a substância favorita para realização da anestesia local (FERREIRA e KARKLIS, 2008; O'BRIEN e HOEL, 1997). Em 1902 Seifert criou o termo "anestesiologia". A Anestesia foi reconhecida como especialidade médica em 1940 e hoje é um dos mais importantes ramos da medicina (REZENDE, 2008).

1.1.3. Os analgésicos.

Em contraste com a anestesia que foi rapidamente aceita, os agentes analgésicos evoluíram mais lentamente (O'BRIEN e HOEL, 1997).

O ópio é a substância original do grupo farmacológico dos opióides, categoria de analgésicos potentes que inclui todas as substâncias naturais, semi-sintéticas ou sintéticas capazes de reagir com os receptores opióides do organismo, agonista ou antagonista[4] Dentro dessa categoria, o termo *opiáceos* é reservado exclusivamente para os derivados naturais do ópio. O ópio é formado por cerca de 30 alcalóides[5], dentre eles a morfina e a codeína (DUARTE, 2005), analgésicos largamente utilizados em dores severas.

Palavra de origem grega, ópio significa suco. A substância é obtida a partir de cápsulas que contêm as sementes da papoula *Papaver somniferum*, como uma goma, e em seguida é transformada em pó.[6]

---

4 Droga agonista: ativa ou estimula seus receptores, disparando uma resposta que aumenta ou diminui a função celular. Droga antagonista : bloqueia o acesso ou a ligação dos agonistas a seus receptores. Os antagonistas são utilizados principalmente no bloqueio ou diminuição das respostas celulares aos agonistas (comumente neurotransmissores) normalmente presentes no corpo

5 Alcalóide (de *álcali*, básico, com o sufixo *-oide*, "-semelhante a") é uma substância de caráter básico derivada principalmente de plantas (mas não somente, podendo ser também derivadas de fungos, bactérias e até mesmo de animais)que contêm, em sua fórmula, basicamente nitrogênio, oxigênio, hidrogênio e carbono.

6 Atribui-se a Scribonio, médico do Imperador Cláudio no ano 40 da nossa Era, a invenção desse método de extração

A Medicina Islâmica reconhecia os poderes analgésicos do ópio desde a época medieval, assim como suas indicações no tratamento de diarréias, otalgias e de artralgias, e sua toxicidade e potencial para causar dependência. No século IX, os médicos árabes desenvolveram a fórmula da primeira *spongia somnifera* para promover a anestesia por inalação em procedimentos cirúrgicos. Eles utilizavam uma mistura de ópio, mandrágora, cicuta e hiosciano. No Renascimento, a tradição greco-romana veio a ser enriquecida pelo pensamento muçulmano, que ressurgiu na Europa, como mostra a obra de Paracelso (1493 - 1541), responsável pela reintrodução do uso médico do ópio na Europa Ocidental. Da mesma forma, o uso do Láudano por Thomas Sydenham, substância que continha uma mistura de ópio, vinho de cereja, açafrão, cravo e canela foi utilizado para o controle da dor na Europa e nos Estados Unidos até o século XIX (DUARTE, 2005; FERREIRA e KARKLIS, 2008). De fato, os opiáceos haviam se tornado o tratamento padrão para o alívio da dor, sendo utilizados sem restrições.

Porém, a partir do século XVII, começam a ser registrados os efeitos indesejáveis do ópio Uma primeira publicação, de 1700, o livro *Mysteries of Opium Reveal'd,* do médico londrino John Jones, alertava para os riscos do emprego excessivo do ópio, não atribuindo esses efeitos adversos à substância em si, mas a possíveis resíduos não eliminados durante o processo de preparação. Outras publicações do gênero, na segunda metade do século XVIII, chegam a mencionar o problema da dependência e dos sintomas da abstinência, mas nenhuma delas problematizava o uso irrestrito dessa substância (DUARTE, 2005). Em 1806, Friedrich Wilhelm Sertürner, um assistente de farmacêutico alemão publicou os primeiros resultados de sua pesquisa referente à descoberta do ácido mecônico, no *Journal of Pharmacies*, mas somente em 1816, consegue identificar um alcalóide farmacologicamente ativo, que ele viria a batizar com o nome de morfina (em homenagem ao Deus grego do sono Morfeu). Após uma auto-experiência com morfina, alertou sobre os riscos do seu uso, e alguns anos mais tarde ele isolaria também um outro alcalóide do ópio: a codeína (1835). Na década de 1820, a morfina passou a ser fabricada industrialmente na Alemanha e se tornou comercialmente disponível em toda a Europa, fazendo com que a sua popularidade como analgésico crescesse rapidamente com a chamada "Guerra do Ópio" entre Inglaterra e China (1839-1842), que culminou com a derrubada do Édito chinês de 1800 que proibia a importação de ópio, o comércio dessa substância foi legalmente admitido, o que incentivou muito o hábito de fumar ópio, já popular nessa época (FERREIRA e KARKLIS, 2008; MELDRUM, 2003; DUARTE, 2005).

Em 1845, o médico irlandês Fancis Rynd introduz o uso da morfina em estado líquido por via subcutânea, quando injetou uma solução de acetato de morfina diluída em creozoto através de um instrumento por ele idealizado. O experimento aconteceu no *Meath Hospital*, em Dublin, numa paciente portadora de neuralgia do trigêmeo. A morfina foi injetada no trajeto dos nervos temporal, malar e bucal e o alívio da dor foi praticamente instantâneo. Em 1853, simultaneamente Rynd (Irlanda), Pravaz (França) e Wood (Inglaterra) desenvolveram seringa hipodérmica com agulha. Em 1855 o mesmo Alexander Wood, ao fazer uma administração subcutânea de morfina no trajeto de um nervo para obter efeito local, percebeu que o efeito da substância não ficava confinado ao local da aplicação, concluindo que quando administrada dessa forma, a morfina podia chegar até o cérebro através da circulação venosa. Alguns anos mais tarde, em 1858, um jovem cirurgião londrino do *St. George Hospital,* Charles Hunter, comprovou nos seus experimentos que a administração de morfina em um ponto distante da área dolorosa promovia um efeito similar ao da injeção em torno dessa área, comprovando que havia absorção sistêmica da droga. A disponibilidade da morfina, mais a possibilidade de administrá-la por via subcutânea, tornaram a sua administração freqüente e cômoda, levando a um grande aumento na sua utilização. Acreditava-se na época que a administração dos opióides minimizava os inconvenientes ligados à ingestão oral e, por isso, o uso dessas substâncias difundiu-se rapidamente no continente europeu (DUARTE, 2005; FERREIRA e KARKLIS, 2008; MELDRUM, 2003; MUSTO, 1991).

Na década de 1860 o abuso de opióides tornara-se problema médico e social. Cerca de um terço das mortes por envenenamento eram causadas por super dosagem de ópio intencional ou acidental. As guerras sucessivas que ocorreram entre as décadas de 1850 e 1870 (Guerra da Criméia em 1856, Guerra Civil Americana em 1861, e a Guerra Franco-Prussiana em 1870) também incentivaram o incremento do uso de opióides, pois justificavam o seu emprego maciço via oral e via subcutânea nos soldados feridos em combate, o que ocasionou diversos casos de dependência física (DUARTE, 2005). Assim, nos anos 1870, os médicos começaram a se preocupar com o "hábito da morfina", em função da disseminação dos problemas relacionados ao uso indiscriminado dessa substancia, levando-os a apoiar a *Harrison Narcotic Control Act* de 1914, primeira iniciativa governamental em forma de lei para o controle do uso de opióides. "Essa lei prevê o registro e o controle especial do processo de fabricação, venda e distribuição de ópio e folhas de coca, assim como seus sais e

derivados, incluindo também o registro dos médicos e farmacêuticos que dispensam esses narcóticos" (MELDRUM, 2003; BROWNSTEIN, 1993; CLARKE, 1985).

Outro fato que contribuiu para a restrição do uso dos opióides foi o desenvolvimento paralelo da Aspirina, cujo princípio ativo, o salacin, foi isolado em 1830, o que resultou no desenvolvimento de um composto sintético denominado ácido salicílico. Muitas décadas mais tarde, em 1899, o laboratório Bayer acetilou o ácido salicílico, aperfeiçoando esse composto para o combate à dor e reduzindo seus efeitos colaterais: inventava-se, assim, o ácido acetilsalicílico ou aspirina. Esta se mostrou um medicamento extraordinariamente seguro, bem tolerado pelos doentes e muito efetivo como analgésico e antipirético[7]. Com a apropriação das filiais da empresa Bayer durante a I Guerra Mundial, a Aspirina transformou-se num medicamento de venda livre, suplantou os opiáceos no tratamento da dor de grau ligeiro a moderado. Contudo, no combate a dores muito intensas, como no caso do câncer, os opióides continuaram sendo os medicamentos mais eficazes. (MELDRUM, 2003; BROWNSTEIN, 1993)

Durante todo o século XX e mesmo atualmente o conflito entre o desejo e a necessidade de aliviar a dor e o receio da dependência ainda é muito forte, tanto entre os médicos como entre os pacientes e seus familiares. As pesquisas nessa área sempre buscaram encontrar um analgésico forte, derivado ou não do ópio, que não provocasse dependência. Foram desenvolvidos opióides utilizados atualmente no combate à dor como a meperidina (1939) _ primeiro opióide totalmente sintético _ , a metadona (1941), o fentanil (1960), etc., e outros medicamentos não opióides como o acetaminofen (Paracetamol), desenvolvido em 1955 e os agentes antiinflamatórios não-esteroides (anos 1970), que passaram a fazer parte do arsenal de combate a dor (O'BRIEN e HOEL, 1997; MELDRUM, 2003; BROWNSTEIN, 1993).

Entre os séculos XVIII e XIX, a dor começou a perder a sua função de instrumento de poder para a manutenção da ordem social e sua paliação tornou-se um objetivo legítimo a ser perseguido. Tornada objeto de estudo cientifico, a dor vai sendo progressivamente apreendida pelo discurso médico, o que resultou em uma rápida evolução de tecnologias para seu alívio. Paradoxalmente, esse processo de medicalização da dor criou também um abismo quase intransponível entre a chamada "dor emocional" e a "dor física", em outros termos,

[7] Medicamento que reduz a febre ao aumentar a quantidade de calor que se desprende do organismo. — Os antipiréticos podem fazer com que os vasos sangüíneos da pele se dilatem. Isso permite que maior porção de sangue circule junto à superfície da pele, onde pode ser esfriado pelo ar.

entre a dor referida pelo sujeito que a sente e aquela que pode ser cientificamente constatada. Esse abismo e a permanência, no imaginário, de mitos em relação à dor geram situações contraditórias, pois apesar do grande desenvolvimento dos agentes e técnicas para o tratamento da dor, há vários relatos na literatura especializada de que as queixas de dor dos pacientes ainda são desvalorizadas pelos profissionais de saúde.[8] Segundo Hill:

> O sub-tratamento moderno da dor reflete a persistência de atitudes culturais sistematicamente transferidas de uma geração de médicos a outra. Essas atitudes culturais incluem também um sentimento de que a dor, pelo menos a dor relatada por outra pessoa, facilmente cai na categoria que nós reservamos para tudo o que é invisível, subjetivo, imaterial e, portanto, irreal. Só a lesão é visível, material, objetiva e, portanto, verdadeira. (Hill apud Morris, 1998).

1.2. A dor no contexto da emergência da racionalidade médica moderna.

No processo de apreensão da dor pelo discurso médico através de tecnologias desenvolvidas para o seu tratamento chegamos ao surgimento das Clínicas da Dor e às primeiras especulações de John Bonica, seu idealizador Esses acontecimentos originais confeririam um novo estatuto à dor, tornada agora uma entidade patológica independente, o que passamos a discutir a seguir.

1.2.1. O estatuto da dor no século XX e a racionalidade cientifica.

Márcia Meldrum (2003), afirma que até o início do século XIX, os médicos não ignoravam e nem minimizavam o sofrimento dos portadores de dor crônica. Embora não estivessem instrumentalizados para explicar tal fenômeno e nem tivessem alternativas terapêuticas eficazes para tratá-los, em geral, os médicos não questionavam a existência da dor e propunham várias teorias diferentes para tentar explicar esse tipo de ocorrência e algumas modalidades experimentais de tratamento. Durante a Guerra Civil (1861-1865), o neurologista americano Weir Mitchell observou vários casos de síndromes dolorosas crônicas que se mantinham apesar da cura da lesão de origem e afirmou que a doença física destes

---

[8]Situações de dor não controlada continuam a ser referenciadas na ordem dos 50 a 80%. (MELZACK,1988) Estudo realizado por Yates e cols(1998) mostrou que 45 a 75% de pacientes hospitalizados têm dor, com intensidade de moderada a severa. Em outra investigação, os mesmos autores, identificaram a prevalência de 78,6% de dor, em 205 pacientes internados, dentre os quais 33,5% com intensa magnitude. Num estudo sobre o conhecimento e atitudes de 120 enfermeiros no manejo da dor verificou-se que, em média, 62% desses profissionais não possuíam conhecimentos suficientes sobre dor e analgesia. Doentes com câncer freqüente mente vão a óbito sofrendo com dor moderada ou intensa. (YATES et al, 1998; BRYDON CW e ASBURY, 1996; TEIXEIRA, 1995).

indivíduos era uma realidade, ao contrario da visão medica dominante que afirmava ser a dor um mero sintoma de uma doença de base. (MELDRUM, 2003).

A mudança de atitude dos médicos em relação à dor crônica está relacionada a transformações operadas na estrutura da racionalidade médica e no domínio das experiências que possibilitaram a construção do saber médico moderno .

Para Foucault (1998), o conhecimento é entendido como um processo descontínuo de mudanças que não se sucedem de maneira fluida, mas através de rupturas que dão origem a novas formas de leitura da realidade ou *episteme*. A cada nova *episteme*, altera-se a configuração figura-fundo da realidade, dando visibilidade a alguns elementos que, embora já estivessem presentes, não portavam o estatuto de verdade. A mutação ocorrida na medicina em fins do século XVIII, com a incorporação do método clínico, é marcada por uma racionalidade dicotômica que dissocia definitivamente homem e natureza, possibilitando a objetivação, para fins de estudo, da natureza, da sociedade e do próprio homem, agora cindido em corpo e alma. Nesse esforço de organização da medicina enquanto ciência e prática ligada à história da construção das suas instituições, localizamos a questão da dor e sua passagem de sintoma para doença. (SOUZA, 1998; MANÇO, 2004; SCHNEIDER, 2002; PIMENTA e FERREIRA, 2003).

Assim, no Renascimento prevaleceu a *concepção ontológica* da enfermidade, segundo a qual a doença não fazia parte da natureza do homem. Tratava-se de uma entidade concreta, espécie de forma do mal, que vinha do exterior, do ar, de outros indivíduos ou objetos e penetrava no corpo. O homem doente era aquele a quem havia se agregado um ser (a doença) e a tentativa de promover a cura se dava através do esforço para expulsar esse ser estranho. A segunda representação era a *concepção dinâmica* da doença, uma concepção totalizante com raízes no mundo Grego, em especial nas teorias hipocráticas da fusão entre homem e natureza (*physis*), uma totalidade que tendia para a harmonia e o equilíbrio. A perturbação desse equilíbrio dava origem à doença, compreendida como um esforço da natureza humana para restabelecer o equilíbrio. Portanto, a enfermidade não estava em parte alguma do corpo humano, mas no homem todo e era positivada como reação generalizada com intenções de cura. Desse modo, a medicina operava através da potencialização de uma ação natural. As duas representações em destaque convergiam para uma concepção naturalista da doença, sendo a natureza definida como uma realidade soberana, não passível de modificação pela ação humana. Consequentemente, a ação médica era essencialmente

passiva, consistindo, no máximo, em colaborar com as propriedades naturais do organismo (CANGUILHEM, 1978; DINIZ, 1999).

A partir da Renascença, o referencial humanista desloca a ênfase da natureza para o homem, ainda que a tendência à totalização permaneça. O homem passa a ser entendido como um microcosmo que serve de modelo para o universo. Mas como nada está isolado, tudo que existe deve ser encadeado pelo principio da semelhança . A linearidade de tal lógica do conhecimento leva à busca de marcas indicativas das semelhanças que unissem as coisas e, por outro, a nomeá-las com palavras que se assemelhassem o máximo possível ao que elas designavam. Isso significa que as palavras podiam e deviam designar as coisas de forma absoluta e a classificação (das coisas) não tinha muita lógica e não desempenhava papel importante . No âmbito da medicina, as doenças eram agrupadas de acordo com o gênero e as espécies num quadro classificatório que obedecia a lógica aristotélica: o ser ideal da doença (essência) se manifestava nas várias espécies subordinadas. A essa operação Foucault deu o nome de "**espacialização primária**" da doença, a qual tinha uma existência própria e independente nesse espaço. No século XVII, o princípio da semelhança começa a ser questionado e emerge a teoria da representação e com ela uma nova forma de estruturação do saber, na qual o signo passa a estar ligado ao que ele marca não mais pela semelhança, mas por meio da representação, o que viria a constituir um modelo para o conhecimento científico moderno (FOUCAULT, 1987; TELLES, ANTOUN e AREAS, 1993).

O conhecimento da História Natural, por exemplo, é elaborado a partir da observação minuciosa das coisas e da sua nomeação através de palavras neutras, o que visava estabelecer uma ordem às coisas do mundo, agrupando-as em função de seus traços comuns e ordenando-as das mais simples às mais complexas, elaborando-se assim uma taxonomia. A classificação passa a ser uma etapa essencial da atividade científica e no campo médico, configura o que Foucault (1998) designou como *Medicina das Espécies* Nela a classificação era a regra dominante, tanto da teoria como da prática dos médicos e essa nosografia obedecia a um modelo de inteligibilidade da doença que se assemelhava ao da botânica, segundo o modelo da história natural de Lineu[9] . A água, o ar, a alimentação, o regime geral constituem as bases sobre as quais se desenvolvem no indivíduo os diferentes tipos de doença. Nessa perspectiva, a cura é conduzida por uma intervenção médica que não visa atacar a doença

[9] Lineu foi um botânico, zoólogo e médico sueco, criador da nomenclatura binominal e da classificação científica, sendo considerado 'pai da taxonomia moderna'. A **Taxonomia de Lineu** é extensamente usada nas ciências biológicas. A taxonomia de Lineu classifica as coisas vivas em uma hierarquia(Reinos, Filos, classes, famílias, géneros e espécies).

propriamente dita, como na medicina da crise, mas, quase na margem da doença e do organismo, orienta-a na direção do meio ambiente: Desta maneira, a observação médica operava através de um *"olhar de superfície"*, que não se dirigia propriamente ao corpo do doente, sendo a intervenção medica , baseada em uma conduta basicamente expectante de observação do doente e da doença (FOUCAULT, 1998; 1978; TELLES, ANTOUN e AREAS, 1993; MANÇO, 2004; PIMENTA e FERREIRA, 2003). Conforme Foucault,

> "Médicos e doentes não estão implicados, de pleno direito, no espaço racional da doença; são tolerados como confusões difíceis de evitar: o paradoxal papel da medicina consiste, sobretudo, em neutralizá-los, em manter entre eles o máximo de distância, para que a configuração ideal da doença, no vazio que se abre entre um e outro, tome forma concreta, livre, totalizada, enfim em um quadro imóvel, simultâneo, sem espessura nem segredo, em que o reconhecimento se abre por si mesmo à ordem das essências" (FOUCAULT, 1977a, p.8).

Do trecho acima, pode-se deduzir que o entendimento vigente nesse momento era que quanto mais próxima da sua apresentação natural (essencial) a doença estivesse, melhor era o seu prognóstico. Em contrapartida, quanto mais ela fosse *desnaturalizada* pelos acidentes do espaço social, mais grave ela se tornava, pois esses elementos confundiam a doença ou combinavam-na com outras doenças, desviando-a, assim, do seu curso natural, que se dirigia ao restabelecimento do equilíbrio orgânico. Desse modo, quanto mais complexo fosse o contexto onde o doente se encontrava, mais grave a doença podia se tornar. Tal entendimento era o que embasava, de um modo geral, as críticas aos hospitais. Defendia-se que o lugar natural da doença é o lugar natural da vida, ou seja, a família. Em função disso, a experiência hospitalar, até o século XVIII, estava excluída da busca por cura e da formação ritual do médico (MANÇO, 2004; FOUCAULT, 1998). Foram as grandes epidemias dos séculos XVII e XVIII levaram ao declínio da medicina das espécies. Para a medicina das espécies, a diferença da doença epidêmica residia no numero de indivíduos atingidos e nas circunstâncias históricas que confeririam à doença uma forma de manifestação um pouco diversa. No entanto, as epidemias evidenciaram fenômenos novos, levando a um enfraquecimento irreversível do sistema da medicina das espécies: as populações como fenômeno social se tornaram uma realidade cada vez mais presente em função do crescimento dos agrupamentos humanos nas cidades, da crescente industrialização e do desenvolvimento da economia de mercado. A epidemia passa a ser reconhecida como um fenômeno coletivo que necessita de um olhar coletivo para ser explicada. Mesmo sem contar ainda com o conhecimento da microbiologia, começa a se estabelecer uma relação de causa-efeito entre os aglomerados humanos e a proliferação das doenças, gerando medidas corretivas como a

intervenção constante e coercitiva para vigiar as minas, os cemitérios, o comércio de alimentos e proibir as habitações insalubres através da "polícia médica". (FOUCAULT, 1981a e 1998).

O grande desafio ligava-se ao estabelecimento de um novo modelo coerente que pudesse substituir o da medicina das espécies, embasando a formação de novos conceitos médicos mais articulados as demandas da prática. As múltiplas e profundas transformações políticas e institucionais, que culminaram com a Revolução Francesa, e os acontecimentos que se seguiram a ela, deram origem a novas formas de organização social que acabaram por repercutir na estruturação da profissão médica. Um elemento fundamental nessa reformulação do ensino foi o início da utilização pedagógica dos hospitais, que iniciou com o treinamento de oficiais de saúde e depois se ampliou aos estudantes de medicina de modo geral, possibilitando um ensino prático não dissociado do saber acadêmico pela conjugação dos domínios hospitalar e pedagógico, ambos empiricamente embasados. A esse respeito, tem-se que no processo de reestruturação do hospital em fins do século XVIII, momento em que ele se torna um instrumento terapêutico de intervenção sobre a doença, capaz, por ele mesmo e por algum de seus efeitos, de cuidar do doente, era preciso que fossem corrigidos alguns dos efeitos patológicos que ele poderia produzir. Foucault mostra que o hospital que funcionava na Europa desde a Idade Média não era um meio de curar, nem possuía condições/conhecimentos para isso. Por este motivo, o autor chama a atenção para o fato de que até então havia duas categorias distintas que não se sobrepunham, que se reencontram, mas eram diferentes: a medicina e o hospital. Com efeito, o hospital como instituição importante e mesmo essencial para a vida urbana do Ocidente na Idade Média não era uma instituição médica. Nessa época, a medicina não era uma profissão hospitalar. É com base no espírito dessa situação que Foucault reafirma o caráter de inovação que representa a introdução no século XVIII de uma medicina hospitalar ou de um hospital médico-terapêutico. Antes disso, o hospital era uma mescla de função de assistência caritativa, conversão espiritual e exclusão, que ignorava a função médica (FOUCAULT, 1978).

A idéia de uma vasta série de observações que permitissem conhecer as características gerais de uma doença não fazia parte da sua prática. Assim, nada da prática médica permitia a organização dos conhecimentos hospitalares e a organização social do hospital não permitia a intervenção da medicina, mantendo o hospital, o ensino e a formação médicos em dois domínios separados. A transformação que agrupou assistência e formação médicas tem início nos hospitais marítimos e militares, fundada não sobre uma técnica

médica, mas essencialmente sobre uma tecnologia que se podia qualificar de política, isto é, a disciplina _ tecnologia de poder que se aprimora a partir do século XVIII, para tornar -se uma nova técnica de gestão do homem (Foucault, 1978). A introdução de mecanismos disciplinares no espaço desordenado do hospital permitiu sua medicalização. Doravante , o hospital constitui não somente um lugar de cura, mas também um lugar de produção do saber médico e de intervenções sobre , o indivíduo e a população A redistribuição dessas duas medicinas (medicina clínica e medicina social) será um fenômeno próprio do século XIX.

Essa nova clínica, revitalizada pela experiência hospitalar, é a primeira tentativa de fundar o saber na percepção. A observação dos pacientes internados produz novos conhecimentos. Isso porque, os sintomas que se observam no corpo do doente não são mais as manifestações deturpadas de uma essência ideal, são a própria doença, definida doravante como um conjunto de sintomas capazes de ser percebidos pelo olhar. O fato do espaço de localização da doença deslocar-se do nosográfico ideal para o corpóreo concreto abole a diferença absoluta entre doença, signo e sintoma. Essa operação altera radicalmente a relação entre a percepção e a linguagem médicas. Algumas dessas características podem ser melhor entendidas se inseridas no contexto mais amplo das modificações do solo epistemológico do início da Modernidade, que alteraram a própria concepção de conhecimento.

Assim, a linguagem clínica faz desaparecer a diferença entre sintoma e doença, permitindo que através da descrição dos sintomas, o ser da doença se torne "*inteiramente enunciável em sua verdade"* (FOUCAULT, 1987, p.107), uma vez que a doença não é mais uma essência que se reflete no corpo através de seus sintomas. Ela é um conjunto de sintomas, cuja espacialização se sistematiza nos signos corporais (pulso, respiração, pressão, etc.), ou seja, sintomas que passariam a ser "lidos" como signos, para se chegar à doença que está no corpo. (MACHADO, 2006; TELLES, ANTOUN e AREAS, 1993; FOUCAULT, 1987; SCHNEIDER, 2002).

A incorporação do pensamento probabilístico deu a esse campo clínico uma nova estrutura, que passa a operar segundo a lógica dos casos, onde o indivíduo é menos a pessoa doente e mais um fato patológico entre outros doentes igualmente afetados, levando então o pensamento médico a orientar-se mais em termos de freqüência e probabilidade. Mas, apesar desses avanços, o "olhar" clínico dos sintomas ainda era um olhar superficial, de uma leitura temporal de signos, que não atingia a profundeza dos órgãos para chegar ao foco do processo mórbido. Isso se tornou possível quando a medicina, articulou-se a outro saber até então sem

expressão: a anatomia patológica (MACHADO, 2006; TELLES, ANTOUN e AREAS, 1993; FOUCAULT, 1987; SCHNEIDER, 2002, SOUZA, 1998).

A grande ruptura que daria origem à medicina moderna finalmente aconteceu no início do século XIX, quando o *"olhar em profundidade"* do conhecimento anatomopatológico se articula ao *"olhar de superfície"* da observação clínica da doença, deslocando o olhar médico para a lesão. Por isso, com a redescoberta da anatomia patológica, autópsias e dissecações tornaram-se parte fundamental dos procedimentos técnicos da medicina.[10] A medicina se constituiu como ciência, sendo o paradigma anatomoclínico seu modelo de produção de saber, no qual o elemento ordenador passasse a ser a lesão tecidual. (TELLES, ANTOUN e AREAS, 1993; MANÇO, 2004; SCHNEIDER, 2002; SOUZA, 1998; FOUCAULT, 1998; PIMENTA e FERREIRA, 2003).

Prevenir e tratar as doenças passou a ser um procedimento mais seguro e eficaz, pois o alvo da intervenção voltou-se agora para os fatores que geram as patologias. No campo da pesquisa, o conhecimento médico encontra espaço para se expandir rapidamente, como resultado da nova compreensão da doença e da sua investigação no corpo humano,. Numerosas técnicas semiológicas aperfeiçoando o exame físico desenvolveram-se, assim como a utilização de instrumentos estetoacústicos e técnicas de laboratório. Além disso, a segunda metade do século XIX assiste ao desenvolvimento de disciplinas biológicas como a fisiologia, a histologia, a embriologia, a citologia, a bioquímica, a parasitologia, a microbiologia, a farmacologia e a patologia celular, com destaque para a fisiologia de *Claude Bernard* (1813-1878), a teoria infecciosa das doenças de *Pasteur* (1822-1895), a patologia celular de *Virchow* (1821-1902) e a farmacologia de *Ehrlich* (1854-1915). Paralelamente, a profissão médica passou por transformações, deixando de ser uma pratica independente (medicina liberal) para tornar-se uma prática interdependente (medicina especializada) (BENET, 1999; PIMENTA e FERREIRA, 2003).

---

[10] Nesse sentido, o trabalho de Morgagni, *De sedibus et causis morborum per anatomen indigatis*, de 1760, é considerado inaugural de uma modalidade de anatomia patológica denomina "patologia dos órgãos". Somente 40 anos depois, com *Xavier Bichat* (1771-1802), a anatomia patológica é redescoberta e sua importância finalmente reconhecida. Os estudos de Bichat, sobre os tecidos constituintes dos órgãos, que deram origem ao *Traité des Membranes*, foram também o início da patologia tissular, que era uma extensão da patologia dos órgãos de Morgagni. Ele partiu de uma preocupação clínica que consistia em definir as *"estruturas do parentesco patológico"*, ou seja, desenvolver um conhecimento que possibilitasse formular uma explicação satisfatória quando as manifestações patológicas de uma doença ocorressem em mais de um órgão simultaneamente e tivessem características semelhantes. Num primeiro momento, ele chegou à noção de tecido, a partir do qual foi possível desenvolver um método para analisar as formas patológicas gerais, sem limitar-se às fronteiras geográficas dos órgãos de Morgagni, mas utilizando o tecido como elemento universal, cujas alterações são agora o princípio para a generalização das classes de espécies mórbidas.

No século XX, a incorporação e o desenvolvimento de novas tecnologias médicas levaram à fragmentação da profissão em múltiplas especialidades. Essa tendência foi incentivada pela estrutura da formação dos médicos que se configurou após o Relatório Flexner (1910)[11] que de certa forma orientou os currículos a se basearem nas ciências básicas e o treinamento e prática médicos cotidianos a se sustentarem em um modelo de entendimento do organismo cada vez mais mecanicista. Esse estado de coisas encorajou a crença de que a impressão dos sentidos pode ser substituída pelo rigor científico e pela quantificação, nos quais os sintomas, inclusive a dor, são cada vez mais entendidos como entidades patológicas que podem ser descritos pelas suas estruturas clínicas. A este elemento, soma-se o entendimento, a partir da anatomia patológica, da lesão como foco para o qual a ação médica deve ser dirigida. O binômio "uma doença / uma causa" acabou por dominar todo o campo da medicina (PIMENTA e FERREIRA, 2003; BASZANGER, 1998).

A ênfase exclusiva nas pesquisas que realçam a abordagem clínica e o fato de que o paciente não é considerado como um tema das suas investigações tornam-se uma realidade da nova racionalidade médica. Segundo Jewson, com o desenvolvimento da medicina hospitalar, a relação médico-paciente altera-se radicalmente e este já não tem nenhum meio de controlar o trabalho do médico ou negociar o tratamento. O universo do discurso teórico do médico desloca-se de uma concepção integrada da pessoa para a rede de relações entre partículas vistas no microscópio, reduzindo o doente a um objeto , um corpo doente, necessário por ser o caminho para o acesso à doença (JEWSON, 2005; OLIVEIRA, 2006; BASZANGER, 1998). A relação terapêutica passa a ser mediada pela técnica e pela tecnologia médica: interessa ouvir o sintoma, informação que aponta direta e inequivocamente para a lesão orgânica, fornecendo pistas para o médico sobre o que ele deve ver "dentro" do corpo da pessoa; a queixa, expressão da dor e do sofrimento não obedecem à lógica anatomo-fisiológica sendo portanto irrelevantes, até mesmo indesejáveis , à verdade do sintoma (JEWSON, 2005; OLIVEIRA, 2006; BASZANGER, 1998).

---

[11] Trata-se do trabalho realizado para Fundação Carnegie pelo acadêmico da Johns Hopkins University Abraham Flexner (1866-1925) analisando escolas em todos os estados americanos e no Canadá. O diagnóstico da situação foi contundente, as suas proposições foram duras: excesso de escolas, má instrução e formação, profissionais mal formados e, ausência de controle externo.Em 1910, a Fundação Carnegie publica o Relatório Flexner, contendo uma critica à situação da medicina àquela época e propondo soluções para a questão. Este relatório se converteu na base para a implantação do ensino e da prática médica tal como hoje as encontramos. Suas propostas principais eram: definição dos padrões de entrada e ampliação, para quatro anos, nos cursos médicos; introdução do ensino laboratorial; estímulo à docência em tempo integral;expansão do ensino clínico, especialmente em hospitais;vinculação das escolas médicas às universidades;ênfase na pesquisa biológica como forma de superar a era empírica do ensino médico; vinculação da pesquisa ao ensino;controle do exercício profissional pela profissão organizada. (CAMARGO, 1996)

No que diz respeito especificamente ao entendimento da dor crônica, é inegável que os avanços da medicina moderna trouxeram muitos benefícios em termos de possibilidades diagnósticas e terapêuticas, porém, também fortaleceram uma lógica implícita de que não se pode validar dor sem a presença de um sinal objetivo, uma lesão O olhar da clínica não pode ver através do seu entendimento a respeito do funcionamento orgânico e verificar através de exames, ou seja, não pode transformar em uma imagem visivelmente objetivada da dor, torna tudo mais que possa ser dito sobre ela inválido. Assim, já no final do século XIX, especialmente em função do desenvolvimento de exames diagnósticos e do entendimento mais aprimorado a respeito do funcionamento do sistema nervoso, os médicos começaram progressivamente a eliminar as dores crônicas não explicadas da sua competência profissional. Esse processo fica ainda mais evidente se considerarmos a evolução no entendimento da dor que foi se estruturando no final do século XIX e o início do século XX, como veremos a seguir.

1.2.1.1. Teorias da dor

Até o final do século XIX, havia três teorias explicativas para a dor, que coexistiam em certa igualdade de condições: a Teoria da Especificidade, a Teoria do Padrão e a Teoria Emocional. Essas teorias vêm suceder o modelo de Descartes (1664), que descreve a dor através de uma imagem clássica - a reação orgânica desencadeada pelo contato dos pés humanos com o fogo. Segundo Descartes, "partículas" de fogo colocariam em movimento uma região da pele dos pés que, por meio de um "delicado filamento", abriria um "poro" na outra extremidade, da mesma forma que se puxa a extremidade de uma corda e no mesmo momento se desencadeia um golpe sobre o sino suspenso na outra extremidade (figura 1) (BENINI e DELEO, 1999; BASZANGER, 1998).

Figura 1: modelo da dor de Descartes

Na metade do século XIX, a fisiologia emergiu como ciência experimental, a partir da pesquisa de Sir Charles Bell, sobre as duas divisões das raízes do nervo raquidiano. Ele concluiu através de experimentos com animais que a lesão das raízes ventrais causava cãibras e a irritação das raízes dorsais não produzia sintomas visíveis. O desenvolvimento posterior da fisiologia, especialmente da fisiologia sensorial, irá embasar a Teoria da Especificidade. (BONICA, 1990; BASZANGER, 1998). Essa teoria foi complementada em 1820 por François Magendie (1783-1855), que demonstrou que as raízes ventrais desses nervos são motoras e as dorsais são sensitivas. A grande questão que a fisiologia sensorial não conseguia explicar era a diferença qualitativa das sensações. Então, em 1842, Johannes Muller, um notável psicólogo e fisiologista alemão, propôs sua teoria da "energia nervosa específica", a qual constrói uma noção diferente acerca da separação dos sentidos. Muller defendia que os diferentes nervos (ótico, auditivo, etc.) transmitiam uma espécie de "forma de energia especial", que identificava sua origem ao cérebro. Muller, então, demonstrou que os nervos dos cinco sentidos eram distintos entre si fisiologicamente e que, dependendo do tipo de nervo estimulado, causas uniformes geravam sensações distintas, além disso, que diferentes tipos de estimulação de um mesmo nervo podem provocar a mesma sensação. Assim, Muller comprovava que a relação entre estímulo e sensação não dependem das características do estímulo em si. Por exemplo, a sensação da luz não tem conexão com o fenômeno físico da luz, mas com as estruturas orgânicas que captam o estímulo e a forma de energia desencadeada por essa estimulação. (BONICA, 1990; BASZANGER, 1998). Essa noção de

formas de energia foi bem aceita no meio acadêmico, permitindo a divulgação da idéia de especialização das estruturas e mecanismos envolvidos nos diferentes tipos de percepção e que, portanto, era necessário compreender a individualização das funções. Muller acreditava que existia um sistema contínuo que partia dos órgãos sensoriais em direção a um centro cerebral responsável pela sensação. Essa teoria deu um impulso considerável à investigação sobre as sensações, principalmente a dor. Posteriormente, a descoberta de estruturas na pele que funcionavam como receptores de estímulos fornece uma base anatômica à noção de especialização. Meio século mais tarde, Maximilian von Frey, um fisiologista austríaco-alemã, baseado nos trabalhos realizados durante a última metade do século, conclui que as diferentes sensações como tato, calor, frio são sentidas em certos pontos na pele através de receptores específicos que respondiam a um tipo particular de excitação e que a sensação de dor era transmitida exclusivamente por terminações nervosas livres[12], que funcionavam como receptores específicos da dor. Mais tarde, foram mapeadas as fibras que ligavam esses receptores específicos até a medula espinhal e também os caminhos específicos dentro da medula espinhal. Posteriormente, procuraram localizar o centro de dor onde as projeções culminavam. Em resumo, a Teoria da Especificidade defende a existência de um sistema específico de dor que leva mensagens desde receptores que se encontram na pele até um centro de dor no cérebro (figura 2). Paralelamente à Teoria da Especificidade, foram propostos outros modelos para a compreensão das sensações, que podem ser agrupadas sob a designação geral de Teoria do Padrão (BASZANGER, 1998; CHAZAN, 2003; KAZI & RHYS-EVANS, 2004)

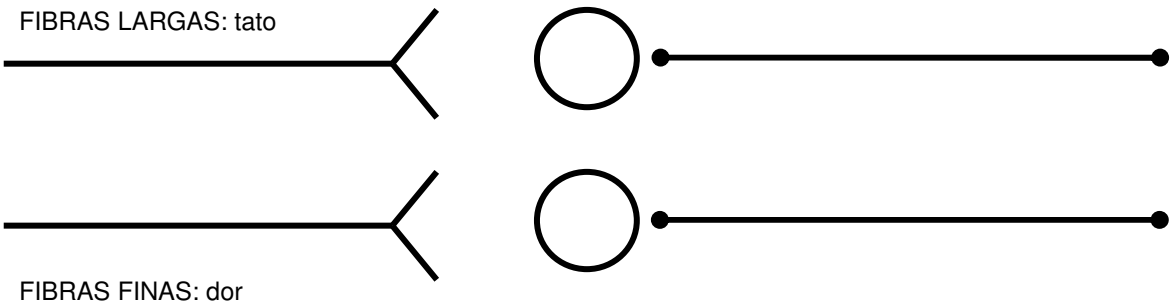

Figura 2: Teoria da especificidade de Von Frey: As Fibras largas transmitem impulsos do tato e as fibras finas transmitem os impulsos da dor. Há percursos específicos e separados para esses dos tipos de impulso, ambos vão direto para o cérebro. Os impulsos de dor dirigem-se aos centros específicos para a dor no cérebro.

[12] As terminações nervosas sensoriais mais simples e mais comuns são as terminações nervosas livres, que se distribuem por quase todas as partes do corpo. Estas terminações nervosas que se ramificam na derme, atravessam a lámina basal e se penetram entre as células epiteliais, sãoo mediadoras das sensações de dor, frio e calor. São os receptores sensoriais mais numerosos da pele.

A primeira formulação da Teoria do Padrão é de 1894, elaborada por um autor que havia sido adepto da Teoria da Especificidade, o neurologista Albert Goldscheider. Em suas investigações sobre os mecanismos que determinavam algumas apresentações de "dor patológica", ou seja, dores desproporcionais à lesão, ele chegou à conclusão que em alguns casos a somação de vários estímulos leves consecutivos podia produzir uma dor de intensidade maior. Nesses casos, não havia correspondência entre o estímulo inicial e a intensidade e duração da dor. Estes resultados levaram Goldscheider a voltar sua atenção para os mecanismos de somação central de estímulos na compreensão dos processos de dor, formulando assim a Teoria do Padrão ou da Somação. (Figura 3)

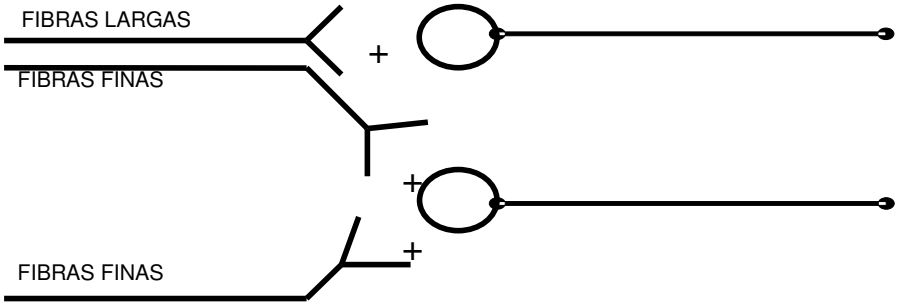

Figura 3:Teoria da Somação de Goldscheider. Há convergência das pequenas fibras sobre as células do corno dorsal. Presume que o tato seja transportado por fibras largas.

Essa teoria defende que padrões particulares de impulsos nervosos que geram dor são produzidos pelo somatório nas células do corno dorsal de várias intensidades sensoriais produzidas na pele, sendo que a dor aconteceria quando a produção total nessas células excedia um nível crítico, pela excitação excessiva de receptores após períodos anormalmente longos de somação. Goldscheider sugeriu então que haveria um "trajeto da somação" espinhal que transmitiria sinais de dor ao cérebro. Este trajeto seria composto por cadeias de fibras multisinápticas de conduções lentas que levam informação específica sobre as propriedades discriminativas táteis da sensação cutânea. Resumidamente, para a Teoria do Padrão, a dor era determinada pela intensidade do estímulo e pelo fenômeno da somação central. A partir desses conceitos, várias teorias que admitiam o princípio dos padrões de excitação foram elaboradas. Algumas delas, contudo, opunham-se à idéia da especialização, como a Teoria de Padrão Periférico de Weddel; outras ainda a consideravam-na válida, adicionando os mecanismos de somação central, como é o caso da teoria de Livingston (BASZANGER, 1998, BONICA, 1990).

William Livingston Kenneth nasceu em 21 de outubro de 1892, em Sparta, Wisconsin. Ele recebeu o seu diploma em medicina pela Universidade de Harvard em 1920, em seguida fez dois anos de residência em cirurgia no Hospital Geral Massachusetts. Logo

no início da sua carreira, Livingston percebeu que muitas das experiências clínicas que ele e outros médicos tinham em relação aos pacientes com problemas de dor intratável simplesmente eram incompatíveis com a popular Teoria da Especificidade. Em relação a isso, ele conta em um dos seus livros que a sua crença nessa teoria foi definitivamente abalada quando, como interno, ele abriu uma colostomia em um paciente com um ferro de solda incandescente sem que ele sentisse dor. Isso impulsionou seu interesse na dor visceral[13] e seus experimentos viriam a demonstrar que os estímulos necessários para provocar uma dor visceral eram diferentes daqueles necessários para a dor somática[14], o que contradizia completamente a Teoria da Especificidade.

Em 1927 ele publicou seu primeiro trabalho, *Visceral Pain*, e em 1935 seu primeiro livro *Clinical Aspects of Neurology visceral* . Seu segundo livro, *Pain Mechanisms* saiu em 1943, nessa obra ele propõe a "teoria da somação central"(Figura 4), a qual postulava que mecanismos neurais centrais específicos interviriam nos mecanismos de somação. Isso se daria porque a excitação patológica dos nervos sensórios teria o potencial de produzir atividade nos circuitos de reverberação (circuitos fechados e auto-excitáveis de neurônios da substância cinzenta da medula espinhal), possibilitando assim que estímulos normalmente inócuos desencadeassem uma atividade anormal que liberaria uma salva de impulsos nervosos, interpretados centralmente como dor. Além disso, esta atividade de reverberação ainda poderia espalhar-se aos neurônios adjacentes, produzindo novos estímulos sensórios, num círculo vicioso que manteria a sensação de dor. Livingston acrescentou também que alguns distúrbios emocionais poderiam evocar um tipo de atividade neuronal que também estimularia esse conjunto de neurônios anormais, produzindo dor. Em resumo, com a Teoria da Somação Central, Livingston defende que a somação durante longo prazo de impulsos periféricos irritantes pode manter um estado de sensibilização central e fazer a dor aumentar. Com isso, o autor justifica a utilização de várias fontes de estimulação irritante periférica no tratamento da dor, nos casos em que o problema primário do paciente não pode ser tratado

---

[13] Dor Visceral: Dor visceral ocorre quando os estímulos que vão produzir a sensação de dor provêm das vísceras.Tipo de dor mal localizada, profunda, opressiva, constritiva. Freqüentemente associa-se a sensações de náuseas, vômitos, e sudorese. Muitas vezes há dores locais referidas, como por exemplo, em ombro ou mandíbula relacionadas ao coração, em escápula referente a vesícula biliar, e em dorso, referente ao pâncreas. Ex.: câncer de pâncreas, obstrução intestinal, metástase intraperitoneal, etc.

[14] Dor Somática: ocorre quando os estímulos que vão produzir a sensação de dor provêm da periferia do corpo (pele, músculos, periósteo, articulações).Sensação dolorosa rude, exacerbada ao movimento (dor "incidental"). É aliviada pelo repouso, é bem localizada e variável, conforme a lesão básica. Ex.: dores ósseas, pós-operatórias, dores músculo-esqueléticas, dores artríticas, etc.

diretamente ou tal tratamento não tem aliviado a dor adequadamente. Esta pode ser considerada uma das principais premissas das intervenções atuais para o tratamento da dor. Além disso, o entendimento de Livingston sobre a dor antecipa muitos outros conceitos atuais sobre os mecanismos da dor. Ele postulava que a mensagem da dor está sujeita a modulação em todos os níveis, desde o nervo periférico até o córtex cerebral, e que é preciso ter cuidado para evitar confundir o estímulo que provoca a dor com a dor em si, e já havia formulado os conceitos dos circuitos reverberatórios, além dos percursos descendentes inibitórios da dor. Por fim, ele também percebeu e valorizou a importância dos fatores "psíquicos" na apresentação de todos os pacientes com dor crônica. Na sua época, as suas idéias não foram bem aceitas, pois sua teoria incluía uma dinâmica do sistema nervoso que contradizia demasiadamente a Teoria da Especificidade (GARTRELL, 1998).

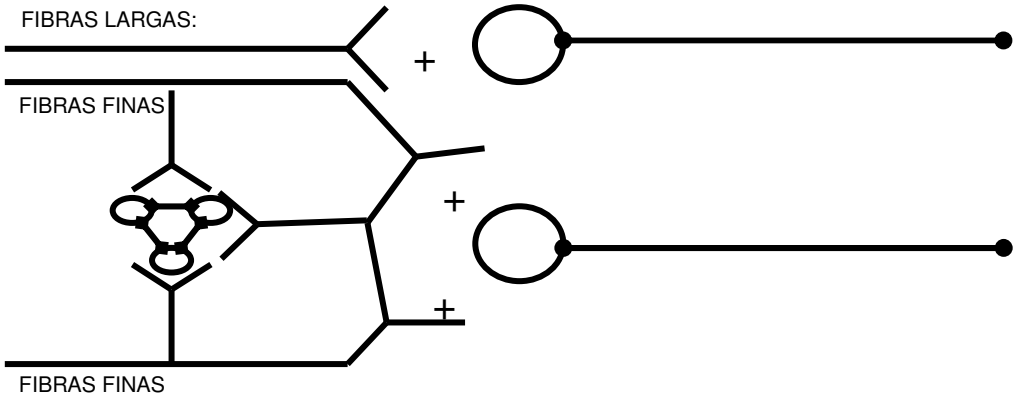

Figura 4: Teoria de Somação Central de Livingston. Defende a existência de Circuitos reverberatórios subjacentes aos estados de dor patológica. A atividade prolongada na cadeia auto-excitatória dos neurônios bombardeia as célula do corno dorsal, que por sua vez, transmite padrões anormais de torrentes de impulsos nervosos para o cérebro. (Livingston ,1943)

Durante a II Guerra Mundial, Livingston estudou mais de 2000 soldados com lesões nervosas, fazendo extensas anotações sob a forma de histórias, descrições e desenhos. Ele serviu como Chefe de Serviço de Neurocirurgia em um Hospital Naval norte-americano em Oakland, Califórnia, de agosto de 1945 até agosto de 1946. Imediatamente após sua dispensa do serviço militar, ele passou um ano como professor visitante na Universidade de Nova York, no Royal College of Surgeons, Universidade de Oxford e Cambridge University. Livingston passou o resto de sua carreira médica como professor e presidente do Departamento de Cirurgia da Universidade de Oregon, de 1947 a 1958, onde fundou o primeiro Centro Acadêmico de Dor dos EUA na Escola de Medicina dessa universidade. Na década de 1950 ele aceitou o jovem psicólogo experimental Ronald Melzack, em sua equipe de pesquisa e tratamento da dor. Esse viria a ser um dos personagens principais da grande

virada no entendimento e tratamento da dor na segunda metade da década de 1960, como veremos mais adiante (GARTRELL, 1998).

Alguns anos depois, em 1951, o americano Ralph Waldo Gerard, que era neurofisiologista e cientista do comportamento, sugeriu uma teoria similar, acrescentando que a lesão de nervo periférico poderia gerar uma perda temporária de controle sensorial da descarga nos neurônios da medula espinhal. Estes neurônios começariam a emitir impulsos sincronicamente e poderiam ainda recrutar unidades adicionais e mover-se através da matéria cinzenta, mantendo sua atividade a partir de impulsos mais fracos ou diferentes daqueles normalmente necessários para iniciá-los e gerando descargas excessivas e de padrão anormal nos centros superiores. Estas duas teorias foram particularmente úteis para interpretar a dor no membro fantasma (sensação de dor em um membro amputado), mas não foram capazes de explicar porque as cirurgias que interrompiam os trajetos nervosos da dor da espinha dorsal (lesões cirúrgicas) raramente tinham sucesso em eliminar a dor (BASZANGER, 1998, BONICA, 1990).

Por último, ainda havia a chamada "Teoria Afetiva", que contradizia o próprio conceito de dor como uma modalidade sensorial e, portanto, qualquer teoria fisiológica da dor. Essa teoria de tradição aristotélica defendia que a dor é uma propriedade da alma. O principal representante dessa teoria é o filósofo e psicólogo americano FC Marshall. Segundo ele, a dor é uma qualidade emocional que colore todos os eventos sensórios, sendo que até mesmo os pensamentos poderiam conter uma dimensão dolorosa. (BASZANGER, 1998, BONICA, 1990).

1.2.1.2. A hegemonia da Teoria da Especificidade e os bloqueios nervosos como tecnologia de tratamento da dor

Com os progressos da fisiologia sensorial e psicofisiologia durante o século XX, aqueles processos conectados à afetividade e à motivação foram banidos para um papel secundário no processo doloroso. Além disso, o entusiasmo com os progressos da neurofisiologia, que foram fortalecidos pela tendência do pensamento anatomoclínico em identificar a lesão como a única fonte válida de explicação para os sintomas, teve como conseqüência a aceitação generalizada da Teoria de Especificidade, que passou a dominar a prática médica e o ensino ministrado nas universidades. Assim, na primeira década do século XX, a dor era entendida pela medicina como um sintoma de um dano orgânico, isto é, a dor era uma resposta direta e proporcional a um estímulo nocivo específico e tinha a importante

função de sinalizar um dano. Por esta razão, a dor não deveria ser alvo direto de intervenção. Com efeito, até quase a segunda metade do século XX, os pacientes que sofriam de síndromes dolorosas crônicas não explicadas por esse modelo eram encarados como loucos, fracos, simuladores ou abusadores de drogas. Mesmo para aqueles que sofriam de dores crônicas provocadas por lesões confirmadas não havia muita opção de tratamento, principalmente porque o uso da morfina e de outros opióides começou a ser fortemente regulado. A única opção para esses casos era um tipo de neurocirurgia que foi desenvolvida entre a década de 1870 e a I Guerra Mundial, que consistia apenas na laqueação[15], ressecção ou esmagamento das fibras nervosas que transmitiam a sensação de dor à medula espinhal e cérebro. Esses procedimentos, além de serem muito drásticos e incapacitantes, pois não atingia apenas os nervos envolvidos no distúrbio doloroso específico, muitas vezes também não resolviam o problema, já que as dores retornavam ou até pioravam algum tempo depois. O fato de a dor retornar mesmo na ausência das vias que, segundo a Teoria da Especificidade, eram a única forma de gerar esse tipo de sensação, era um grande embaraço para os médicos da época e permaneceu sem explicação até a segunda metade do século XX, quando veio à luz a Teoria da Comporta que será discutida ainda nesse capítulo. Como conseqüência, entre a I e a II Guerra Mundial, período em que os casos de dores crônicas ocasionadas por lesões aumentaram sensivelmente, o fato de que a Teoria da Especificidade era demasiado limitada começou a vir à tona (MORRIS, 1998; SULLIVAN, 1998; MELDRUM, 2003).

É durante a I Guerra Mundial que o cirurgião francês René Leriche, na tentativa de oferecer alguma alternativa terapêutica para os soldados com lesões dos nervos ocasionadas por ferimentos de guerra, desenvolveu a técnica que consistia em uma cuidadosa ressecção das artérias perto da lesão, seguida de uma grande injeção de procaína (precursora da cocaína, sintetizada em 1905). A idéia, com o uso do analgésico, era promover o bloqueio das sensações dolorosas e posteriormente fazer a laqueação das fibras nervosas simpáticas periarteriais ou dos gânglios simpáticos que transmitiam os impulsos nervosos para o membro quando a procaína não conseguia proporcionar um alívio substancial. O bloqueio nervoso consiste na injeção de uma ou mais substâncias perto do nervo que está conduzindo a dor, cujo objetivo é bloquear a condução da dor para o cérebro, fazendo com que a mesma deixe de ser percebida pelo paciente. Aqui, o bloqueio funcionava como método diagnóstico. Cabe destaque o fato de que Leriche foi pioneiro em tratar a dor crônica como uma doença e não

15 LAQUEAÇÃO: Ato de ligar ou ocluir, de modo definitivo ou temporário por meio de fios de natureza variável, estruturas ocas tais como artérias, veias, etc., como parte principal ou secundária de processo cirúrgico, ou curativo, ou paliativo, ou experimental.

como um sintoma, contudo, na época, ele conseguiu notoriedade em função da introdução destes bloqueios nervosos, uma tecnologia importante no tratamento da dor naquele momento.

Na década de 1930, vários anestesistas popularizaram as técnicas de bloqueios de plexos nervosos[16] com fins diagnósticos e terapêuticos. Vários neurocirurgiões tinham adotado este método como meio para verificar a indicação de se fazer a cirurgia de simpatectomia, caso a injeção de procaína proporcionasse alívio, comprovando que a interrupção daquela via poderia melhorar a dor. O cirurgião William Livingston experimentou tratar os seus doentes com múltiplas injeções de procaína, às vezes, oito doses ao longo de um período de dois ou mais anos. Ele constatou que este bloqueio em série muitas vezes provocava uma remissão permanente da dor, sem a necessidade de realização da cirurgia. Na época, contudo, ele não interpretou a melhora dos pacientes como baseada em algum processo orgânico, atribuindo tal melhora unicamente a causas psíquicas advindas do doente. Livingston tratou 1.279 casos de lesões de nervos em um hospital naval da Califórnia durante a I Guerra Mundial. Posteriormente, em 1947 criou na *University of Oregon* uma Serviço de dor baseada nessa pesquisa. Apesar disso, o primeiro anestesista a abrir uma clínica de bloqueios de nervos para controle da dor foi Emery Rovenstine, em 1936. Antes de 1900 já se tinha utilizado o bloqueio de nervos regionais durante intervenções cirúrgicas, porém a substância utilizada era o álcool (bloqueio neurolítico), mas a utilização terapêutica de um anestésico em vez de álcool parece datar mesmo dos trabalhos de Leriche e Livingston.

Assim, entre as décadas de 1940 e 1960, o tratamento da dor crônica severa, inclusive de origem oncológica, centrava-se em procedimentos para a interrupção mecânica dos 'caminhos' da dor no sistema nervoso central e periférico. Estes procedimentos sustentavam-se na Teoria da Especificidade, ou seja, no entendimento de que havia uma relação essencialmente linear entre percepção de dor e reação de dor. Esses procedimentos eram de três categorias distintas:

A primeira categoria agrupava procedimentos neurocirúrgicos como a cordotomia[17], rizotomia[18] e a mielotomia[19], desenvolvidas a partir do trabalho de René Leriche. Nesse grupo

---

[16] Um plexo nervoso é uma rede de nervos entrecruzados semelhante a uma caixa de distribuição elétrica numa casa. O bloqueio do plexo nervoso tem como objetivo anestesiar o grupo de nervos que saem do plexo em questão e não apenas um nervo em particular.

[17] Secção cirúrgica dos cordões ântero-laterais da medula, com a finalidade de suprimir as dores intoleráveis de certas afecções muito graves.

[18] Secção cirúrgica de uma raiz, como a de um nervo.

inclui-se também a leucotomia, ou seja, a secção das vias que ligam os lobos frontais ao tálamo e outras vias frontais associadas. Apesar de esses procedimentos ocasionarem muitas vezes graves seqüelas sensitivas e motoras, ou até mesmo piora da dor, eles eram indicados com freqüência. A segunda categoria refere-se aos procedimentos neurolíticos para bloqueio de nervo. As substâncias mais comumente utilizadas para a realização desses procedimentos são o álcool etílico absoluto ou o fenol. Nesse caso, o objetivo é destruir o tecido nervoso. Por fim, a terceira categoria de procedimentos é o bloqueio anestésico do nervo através da injeção de agentes anestésicos locais para bloquear a transmissão sináptica, com a grande vantagem de não destruir o tecido. Em função dessa última característica, os bloqueios analgésicos foram recebidos com entusiasmo pelos médicos e logo se apresentaram como uma grande esperança para os pacientes com dores crônicas. Os demais procedimentos acabaram sendo progressivamente menos indicados e acabaram sendo usados apenas em casos extremos e em pacientes com dores provenientes de doenças oncológicas avançadas. Os bloqueios anestésicos desenvolveram-se especialmente durante a II Guerra Mundial, pois ela foi a oportunidade sem precedente para que equipes médicas observassem e atuassem em lesões complexas. Assim, como veremos a seguir, as descobertas desse período fizeram dele a linha divisória no tratamento e controle da dor (MELDRUM, 2003; BASZANGER, 1998; FERREIRA e KARKLIS, 2008; SEYMOUR , CLARK e WINSLOW, 2005)

A partir desta descrição, pode-se perceber que o reconhecimento da dor como forma de padecimento que merecia atenção é bastante recente na história da humanidade. Até hoje na prática clínica, em que pese a evolução dos procedimentos para controle da dor, é comum observarmos tanto uma extrema dificuldade em medicar adequadamente a dor, como também uma forte suspeita freqüentemente endereçada aos portadores de dor crônica que não têm uma lesão que explique inequivocamente as suas queixas. Deste modo, apesar do reconhecimento e das inúmeras provas clínicas da insuficiência da Teoria da Especificidade e, apesar da literatura científica atual não defender esse tipo de argumento para explicar a dor, na prática clínica diária ela ainda é o referencial que guia o julgamento clínico do médico acerca das queixas do paciente. Assim, muito embora o paradigma para o entendimento do fenômeno doloroso já tenha superado a Teoria da Especificidade, na prática, ela ainda organiza a prática e o ensino médicos. Isso demonstra também a necessidade de se analisar as práticas de saúde no cotidiano da assistência, trazendo à luz as discrepâncias entre teoria e prática e evidenciar

---

[19] Procedimento cirúrgico cujo objetivo é o de interromper fibras espinorreticulotalâmicas que cruzam a linha mediana em direção as estruturas supra-segmentares. Por ser um procedimento ablativo, a indicação principal é o tratamento da dor oncológica bilateral, acometendo especialmente a pélvis e os membros inferiores

os valores latentes que guiam, muitas vezes inconscientemente, as condutas e julgamentos dos profissionais de saúde.

2. A CONSTRUÇÃO DAS CLÍNICAS DA DOR

"Os sofrimentos humanos têm facetas múltiplas:
nunca se encontra outra dor do mesmo tom."
(Ésquilo, 1668)

Nesse capítulo, abordaremos mais especificamente a história da construção da modalidade terapêutica das clínicas da dor como proposta de tratamento especializado para os pacientes portadores de dores crônicas. Analisaremos o projeto inicial de uma medicina da dor, tal como foi elaborado pioneiramente pelo médico anestesista John Bonica, o idealizador das clínicas de dor, e principal referencia nesse campo até hoje. Descreveremos o processo de nascimento e desenvolvimento do projeto de Bonica, qual seja, legitimar o seu entendimento da dor crônica e disseminar o modelo de tratamento idealizado e praticado por ele.

No basearemos principalmente na obra da socióloga francesa Isabelle Baszanger sobre o assunto, em especial nos dois primeiros capítulos do livro *Inventing pain medicine: from the laboratory to the clinic.* Os capítulo são, respectivamente "*From Laboratory Pain to Pain Clinics"* e*" The Creation of a World of Pain* ". Neles, Baszanger descreve e reflete acerca do aparecimento da medicina da dor nos Estados Unidos da América, através da reconstituição dos movimentos que levaram à criação e ao reconhecimento da dor como um problema médico em si, demandando assim uma abordagem específica e a constituição de um novo campo de saber e prática na medicina. Conforme a autora:

> "O meu objetivo no estudo da invenção da medicina da dor, portanto, não é repassar a "história natural" (...) O meu objetivo é mais circunscrito. É entender como foi feito esse arranjo no campo da medicina para abrir espaço para um novo problema: a dor crônica ou a dor como uma doença. Como a criação de um *'mundo de dor'* (grifo meu) foi vital a este projeto, é também essencial analisar a emergência deste mundo. Vou acompanhar este movimento a partir de 1944 até o presente em dois capítulos, que correspondem às duas principais fases do projeto de Bonica: primeiro, a afirmação da dor clínica como distinta da dor do laboratório, o que exigiu novos tipos de procedimentos médicos; em segundo lugar, a definição de uma entidade médica específica: a dor crônica, bem como o suporte para ela dentro de um determinado mundo (BASZANGER, 1998, p.20).

2.1. John Bonica e suas primeiras indagações.

A história da medicina da dor começa quando o anestesista John Bonica se depara com o problema das dores persistentes e intratáveis durante a II Guerra Mundial. A guerra criou uma grande e repentina demanda para algumas especialidades médicas, entre elas a anestesiologia. Antes de mais nada, é importante conhecer um pouco da história desse pioneiro e de como ele chegou a deparar-se com o problema da dor crônica.

John Bonica nasceu em 1917 em Filicudi, uma pequena e bela ilha ao largo da costa da Sicília. O pai de John, Antonino Bonica, era diretor do serviço postal da cidade e a sua mãe, Angela Zagame Bonica, era parteira e enfermeira prática e, juntamente com o único médico da ilha, era responsável pela saúde dos 2600 habitantes locais. A fascinação de John Bonica pela medicina nasce ainda em Filicudi. Em 1925 Antonino decidiu emigrar para a América, a fim de proporcionar aos filhos melhores oportunidades educacionais e um futuro mais estável. Três anos depois, em 1928, Angela e os filhos John, Maria e Elisabetta mudaram-se também de Filicudi para o Brooklyn, Nova Iorque, para se juntar a Antonino. Devido a restrições da moeda corrente na época, a família não foi capaz de transferir os seus fundos para a América. Apesar disto, e da crise econômica em 1929, Antonino Bonica foi capaz de manter a sua família confortável através de seu trabalho, atuando inicialmente como operário e, em seguida, como supervisor na *American Telephone Company*. John rapidamente adaptou-se ao modo de vida americano e, além de prosseguir os seus estudos, tornou-se um ativo Escoteiro e começou a praticar o atletismo. Com a morte trágica de seu pai em 1932, a renda da família ficou reduzida a escassas economias que tinham acumulado nos últimos 4 anos desde sua chegada à América. Angela Bonica passou imediatamente a trabalhar em uma fábrica para sustentar os filhos. Assim, durante o período de 1932-1936, enquanto freqüenta a escola secundária e os 2 primeiros anos na *Long Island University*, John vendia jornais à noite e trabalhava durante o dia engraxando sapatos e depois como balconista de supermercado, nos fins de semana. Paralelamente, ele continuou praticando atletismo e começou a destacar-se na luta amadora. Apesar dessa rotina puxada, ele era ao mesmo tempo um excelente estudante.

Em 1936 Bonica ganhou o Campeonato Interescolar de Nova Iorque e o Campeonato Regional Intercolegial, chamando assim a atenção de um dos principais promotores de lutas em Nova Iorque, que o convidou a se tornar um lutador profissional. Depois de um intenso treinamento Bonica se tornou um lutador muito competitivo. Assim, em 1938 ele ganhou o título nacional, um ano depois o título canadense, e em 1941 ele foi Campeão do Mundo por 7 meses. Este intenso esforço resultou em muitas lesões musculoesqueléticas graves que ocasionaram posteriormente seqüelas dolorosas importantes. Bonica desenvolveu artrite traumática dolorosa em múltiplas articulações e outros problemas que requereram mais de 18 operações a partir de 1970. Ao mesmo tempo, ele continuava dedicando-se à sua formação acadêmica. Em 1938 ele matriculou-se na *Marquette University School of Medicine*. Durante a sua educação médica ele se tornou intensamente interessado na anatomia do sistema nervoso, chegando a lecionar essa disciplina para os estudantes calouros

enquanto cursava o segundo e terceiro anos da universidade. Logo que terminou a graduação em maio de 1942 ele se casou com Emma Louise Baldetti, uma jovem de origem veneziana, que ele havia conhecido em 1936, ocasião em que ela assistiu uma das suas lutas. Nessa mesma época, ele começou o programa de estágio acelerado de 6 meses voltado para o treinamento militar e também os 18 meses de especialização em anestesiologia no *St. Vincent's Hospital*, em Nova York. Em 1943, um evento influenciou grandemente o jovem médico. Durante o trabalho de parto da sua esposa para o nascimento de sua primeira filha, um anestésico mal administrado por um estagiário inexperiente quase teve um desfecho fatal devido à hipoxia (estado de baixo teor de oxigênio nos tecidos orgânicos) por aspiração. Desde este incidente, Bonica tornou-se um defensor ferrenho da necessidade de melhorar a qualidade da analgesia e da anestesia na obstetrícia.

Assim que concluiu a sua formação em maio de 1944, com apenas 27 anos de idade, Bonica foi nomeado chefe do Departamento de Anestesia e do Centro Cirúrgico do *Madigan Army Hospital*, em *Fort Lewis*, Washington. O *Madigan* era o maior hospital militar americano, com 7.700 leitos, e era um dos dois hospitais na Costa Oeste que recebia os milhares de militares feridos no Pacífico durante a II Grande Guerra. Bonica também era responsável pela organização e supervisão da terapia pulmonar e do banco de sangue, além do manejo de pacientes com dores severas conseqüentes de feridas de guerra. Durante os primeiros 6 meses, devido à escassez de médicos e enfermeiros treinados em anestesia, Bonica e mais duas enfermeiras eram responsáveis pelas anestesias de todos os 50 a 60 doentes operados diariamente. Essa experiência levou Bonica a aprender e aperfeiçoar as técnicas anestésicas regionais que posteriormente seriam utilizadas em 50% a 65% dos pacientes desse hospital (BENEDETTI e CHAPMAN, 2005; BASZANGER, 1998).

Para poder formar uma equipe, Bonica rapidamente instituiu um programa de treinamento em anestesiologia de três meses para médicos e seis meses para os enfermeiros. Desse modo, em pouco tempo, o serviço já estava bem provido de pessoal, permitindo assim que Bonica se desocupasse das anestesias cirúrgicas e pudesse se concentrar em ensinar a anestesia regional, visto que ele percebia que essas técnicas estavam sendo negligenciadas no tratamento dos pacientes com danos dolorosos severos. Além disso, Bonica era um grande entusiasta das técnicas de bloqueios anestésicos, pois acreditava que elas seriam capazes de resolver todos os quadros de dores persistentes. Agora, ele tinha uma oportunidade ímpar para colocar à prova essa teoria, aplicando-a ao grande número de pacientes com quadros de dores complexas encaminhados para tratamento com ele. Contudo, em muito pouco tempo Bonica

começou a se dar conta de que, enquanto que os pacientes que sofriam de causalgia[20] e/ou outros problemas específicos de dor geralmente respondiam bem a esse tipo de tratamento, outros pacientes com quadros de dor mais complexos não melhoravam com esses procedimentos. Esse fato levou Bonica a perceber que os bloqueios, embora fossem eficientes, ainda não eram, como ele havia imaginado até então, a solução para todos os casos de dores complexas. Ciente disso, ele começou a buscar na literatura elementos que pudessem indicar a alternativa para esses doentes, já que na sua formação acadêmica ou prática ele não havia aprendido nada que pudessem ajudá-los nesse sentido. Porém, em sua pesquisa da literatura médica disponível na época logo ele descobriu que havia pouca informação sobre o tratamento de pacientes com problemas de dores crônicas, principalmente porque havia pouca pesquisa clínica em dor e a quantidade escassa de conhecimento existente estava dispersa em muitos livros e revistas, dificilmente acessíveis para o médico comum. Foi assim que Bonica passou a se interessar por um aspecto da dor que até aquele momento havia sido negligenciado pela maioria dos médicos, qual seja, o conceito de "dor clínica", a dor que ocorre no cotidiano do paciente (BENEDETTI e CHAPMAN, 2005; BASZANGER, 1998; MELDRUM, 2003).

Bonica passou, então, a observar mais de perto esses casos difíceis que ele atendia. Percebeu que a maioria desses pacientes apresentava muitos sintomas, tanto psíquicos como somáticos, que não estavam diretamente relacionados com o quadro álgico inicial, mas que poderiam estar relacionados com a perpetuação da dor nesses casos. Aproveitando o fato de que o hospital militar em tempo de guerra concentrava uma variedade de especialistas que propiciava a cooperação, ele começou a consultar vários colegas de diferentes especialidades a respeito dos pacientes que ele estava atendendo na tentativa de agregar informações que possibilitassem chegar a um diagnóstico e uma proposta terapêutica. Nesse processo, ele freqüentemente tornava a procurar um ou outro dos especialistas previamente consultados para complementar as respostas. Com o tempo, Bonica percebeu que seria mais prático juntar todos os especialistas que tinham visto um determinado paciente numa reunião onde pudessem discutir a respeito das suas conclusões e compararem os seus pontos de vista, até se chegar a um consenso sobre o diagnóstico e o tratamento. A primeira constatação de Bonica

---

[20] A **causalgia**, atualmente denominada SCDR-II (síndrome complexa de dor regional com lesão nervosa), é uma síndrome de dor em forma de queimação, que persiste após lesão nervosa traumática, principalmente periférica, associada com disfunção vasomotora, sudomotora e alterações tróficas tardias (PORTO, 2005)

foi que, apesar dos outros não saberem muito mais que ele próprio a respeito dos casos, todos se beneficiavam com aquelas discussões e elas os ajudavam a entender melhor o que se passava com o doente (BASZANGER, 1998; MELDRUM, 2003).

Ao fim dessa experiência inicial no *Madigan Hospital*, no final de 1946, Bonica tinha chegado à conclusão de que havia um tipo específico de dor complexa que a medicina ainda não conseguia tratar adequadamente, pois as técnicas que poderiam ser utilizadas para resolver este problema eram tanto insuficientemente ensinadas quanto inadequadamente utilizadas. Estava convencido também de que a abordagem mais coletiva que ele tinha começado a desenvolver para esses casos difíceis poderia ser a solução para o tratamento desses doentes. Era necessário agora colocar essa idéia em prática (BASZANGER, 1998; MELDRUM, 2003; BENEDETTI e CHAPMAN, 2005).

2.2. O primeiro laboratório de Bonica

Já em 1947 Bonica tornou-se chefe do Departamento de Anestesia do Hospital Geral de Tacoma, no Estado de Washington. Aqui ele começou, então, a desenvolver, além dos trabalhos mais especificamente ligados à anestesia, um projeto que visava por em prática a sua idéia de tratamento da dor que tinha como objetivos: criar uma equipe dedicada ao tratamento da dor, desenvolver um argumento científico para a sua concepção de dor que fosse passível de ser aceito pela medicina em geral, e divulgar as suas idéias a respeito desse assunto. Para cumprir esses objetivos, ele criou um grupo informal que passou a funcionar como um laboratório para por em prática a idéia de uma abordagem multidisciplinar para o tratamento da dor. O grupo era composto por um anestesista (o próprio Bonica), um neurocirurgião, um ortopedista, um psiquiatra, um especialista em medicina interna, e um radiologista. Esses profissionais de especialidades tão diferentes tinham em comum o interesse por problemas relacionados a dores complexas O grupo se reunia em encontros semanais ou quinzenais, que também eram abertos ao médico de referência do paciente encaminhado e outras pessoas interessadas no problema, incluindo estagiários e residentes. Um dos principais desafios do laboratório de Bonica era conseguir que essa associação de indivíduos de diferentes disciplinas conseguisse trabalhar em conjunto. Isso porque, a estrutura de organização profissional que dominava a medicina na época era uma prática privada corporativista altamente competitiva e nenhum destes especialistas estava acostumado a discutir suas opiniões e muito menos a submeter sua atividade à avaliação dos seus pares (BASZANGER, 1998).

A esse respeito, Baszanger cita a pesquisa do sociólogo canadense Oswald Hall sobre a organização da profissão médica em uma comunidade. Hall informa que, embora oficialmente a medicina seja uma profissão livre, na prática de determinadas comunidades, ela é um sistema fechado, visto que o acesso às instituições médicas e aos pacientes é estritamente limitado. Hall afirma que existiria uma "fraternidade interna" à profissão médica que controla a seleção de novos membros, a atribuição de *status* e as condutas profissionais. Esse processo se daria porque as formas sociais estabelecidas mantêm a sua estabilidade em uma ordem social marcada por competição através desses mecanismos de controle de acesso e permanência em função da suas características profissionais e sociais. Ainda, segundo Eliot Freidson, a organização profissional procura se fortalecer frente ao mercado, ao Estado e à sociedade garantindo para si o monopólio sobre uma área de atuação que se legitima pelo suposto domínio especializado de um campo do conhecimento, que se supõe esgotar as necessidades da clientela. Assim, a especialização forma pequenos círculos homogêneos e mutuamente exclusivos, cujos mecanismos principais de perpetuação são o clientelismo e o boicote (FREIDSON, 1972; BRINT, 1993; BASZANGER, 1998).

Desse modo, o projeto de Bonica seguia na contramão das tendências da medicina da época, pois propunha reunir médicos de especialidades diferentes para discutir problemas complexos e persistentes em relação aos quais, na maioria das vezes, as suas especialidades haviam fracassado. Assim, discutir sobre um doente em um grupo multidisciplinar era se dispor a reconhecer a sua limitação profissional e aceitar a contribuição de outros colegas. Esse aspecto explica porque Bonica tinha dificuldade em contar com outros profissionais, além da sua própria equipe, nas discussões de caso e resistências ao encaminhamento de pacientes. Mas apesar dessas dificuldades, o grupo multidisciplinar continuou a funcionar. Além dessas atividades, Bonica também tinha outros interesses. O departamento chefiado por ele estava envolvido no treinamento de anestesiologistas e fazia pesquisas clínicas sobre a dor com anestesia regional e anestesia obstétrica.

2.3. O livro da dor: *The Management of Pain*.

Em 1950 Bonica e seus colegas tinham desenvolvido uma das melhores e mais ativas clínicas de treinamento em anestesiologia do Noroeste e a cada ano atraía inúmeros candidatos. Bonica também assumiu atividades organizacionais, contribuindo para o desenvolvimento da anestesia. Ele foi um dos primeiros médicos anestesistas do Estado de Washington e ajudou a fundar a *Washington State Society of Anesthesiologists* (WSSA) e a *Noroest Society of Anesthesiologists* (NWSA), tornando-se uma forte liderança para o

estabelecimento da anestesiologia a nível local. Isso resultou na sua eleição para a presidência de ambas as sociedades posteriormente (BENEDETTI e CHAPMAN, 2005; BASZANGER, 1998; MELDRUM, 2003).

Em relação a sua clínica multidisciplinar, embora Bonica tenha conseguido manter unido seu pequeno grupo informal, isso ainda não era suficiente para disseminar suas idéias. Ele precisava de uma ferramenta que pudesse dar visibilidade e circulação ao seu projeto. É assim que em 1950 Bonica começa a sistematizar os dados de sua investigação clínica e experiência acumulada e começa a escrever as 1500 páginas do livro "*The Management of Pain*", publicado em 1953. Esta obra viria a se tornar a "bíblia" do diagnóstico e da terapêutica da dor e seria posteriormente traduzida em várias línguas, com mais duas edições publicadas (BENEDETTI e CHAPMAN, 2005; BASZANGER, 1998; MELDRUM, 2003).

Segundo Baszanger, o projeto inicial de Bonica era escrever um manual sobre bloqueios analgésicos com o intuito de promover este método para o tratamento da dor, pois na década de 1950 e início da de 1960, a utilização seriada de bloqueios nervosos apresentou resultados muito bons no tratamento de dores complexas, permitindo aos médicos controlá-las sem ter que recorrer à cirurgia. Esse sucesso levou muitos anestesistas a se especializarem na utilização dessas técnicas, fundando as chamadas "clínicas de bloqueios nervosos". Mas, à medida que as pesquisas de Bonica foram avançando, ele percebia que essa técnica por si só não dava conta de resolver a maior parte das questões envolvidas na gênese e manutenção dos quadros de dores complexas. Ele compreendeu que o tratamento da dor que ele estava idealizando envolvia uma nova abordagem do problema da dor, o que demandava um novo especialista (algologista[21]) e um novo local, com uma estrutura específica que possibilitasse esse trabalho (clínica da dor) (BASZANGER, 1998).

Baszanger faz um estudo detalhado sobre *The Management of Pain,* que ela vai chamar de "a primeira ferramenta para a construção do mundo da dor". Destacaremos aqui as suas observações mais importantes. Ela inicia a discussão informando que os objetivos principais da primeira edição desse livro eram: primeiro, evidenciar o problema da dor, tirando-a do papel secundário de sintoma e trazendo-a para o primeiro plano; em segundo lugar, identificar e caracterizar o objeto central da medicina da dor, objeto esse no qual as diferentes especialidades envolvidas podiam reconhecer-se; em terceiro lugar, indicar a forma de tratar este objeto comum e por último, estabelecer os primeiros elementos de uma retórica

[21] Essa expressão praticamente não é utilizada no Brasil, onde se convencionou chamar os médicos que se dedicam ao tratamento da dor de "clínicos de dor".

comum para promover o projeto de legitimação dessa nova especialidade. Baszanger destaca ainda que uma das principais preocupações de Bonica, a quem entrevistou pessoalmente, ao escrever esse livro foi conscientizar os leitores de que havia um espaço vazio no conhecimento e na prática médica que precisava ser preenchido, qual seja, o tratamento da dor como um problema de saúde específico. Em outras palavras, Bonica visava colocar a dor no campo da prática médica, especialmente na sua dimensão terapêutica (BASZANGER, 1998).

Destaca-se que o livro de Bonica não se dirige a uma especialidade médica em particular, o que ele propõe é uma associação de esforços, de modo que a dor se torne uma preocupação comum às especialidades médicas e não médicas envolvidas nos cuidados à saúde. Além disso, seu projeto incluía também os pesquisadores experimentais e clínicos, convidando-os a encarar a dor sob uma nova perspectiva, como um objeto científico da medicina. Essa operação que constrói a dor como um objeto médico específico se daria através de uma dupla clivagem. A primeira separa a dor sintoma, sinal de uma patologia subjacente, da dor como doença, um problema em si mesmo. A segunda discrimina a dor do laboratório, que pode ser apreendida pelo método experimental, da dor clínica, que só pode ser entendida em função do contexto em que ela ocorre.

Em relação à primeira distinção, Bonica defende a idéia de que a persistência da dor leva à deterioração física e mental e conseqüentemente ao agravamento do quadro, portanto, a dor deve ser tratada o mais cedo possível para evitar que ela desencadeie outras manifestações patológicas. A principal mudança de perspectiva em relação ao tratamento clássico da dor é a idéia de que se deve agir na dor por si só, como se faria em qualquer outra condição patológica. Seus argumentos para defender essa perspectiva concentram-se em grande parte em configurar a dor como problema de saúde legítimo e grave, que não deve ser avaliado simplesmente a partir de seus efeitos locais, ou seja, a dor é um fenômeno complexo que deve ser apreendida clinicamente como um todo, incluindo assim os efeitos psíquicos e físicos decorrentes de sua persistência:

> "A dor persistente e intensa provoca efeitos que não estão limitados à região específica onde ela é sentida, [...] não é mais considerada unicamente sob a forma de um fenômeno psicológico ou neuropsicológico. Essa é uma rígida dicotomia obsoleta porque a dor é agora reconhecida como o resultado de processos fisio-psicológicos compostos (...) seus efeitos são tanto físicos como mentais ..." (BONICA *apud* BASZANGER, 1998, p.27).

Essa passagem dos efeitos físicos para os mentais se dá por sobreposição, dependendo da gravidade, da duração, da qualidade da dor, bem como do processo mental, da

atitude e da disposição do indivíduo, ou seja, da íntima relação entre a percepção e a reação à dor. Em função da sua persistência, a dor produz efeitos que assumem níveis escalonados, formando um *continum* que vai da senso-percepção à reação mental. Se na dor aguda predomina a senso-percepção, à medida que a dor se prolonga ela passa a desencadear efeitos destrutivos, levando ao agravamento e à proliferação tanto das manifestações físicas quanto das manifestações psíquicas da dor (medo, preocupação e ansiedade), borrando as fronteiras entre elas.

A dor teria os seus próprios efeitos específicos, gerando mudanças físicas e mentais que podiam tornar-se permanentes pela criação de um "padrão de dor central" associado a uma disfunção psicológica. É importante destacar que segundo a tese de Bonica, os efeitos psíquicos da dor estão relacionados tanto com a deterioração física do paciente como com a dor em si. Assim, é errado acreditar que as perturbações psicológicas apresentadas pelos pacientes com dores crônicas são necessariamente preexistentes ao quadro de dor. Elas são efeito e não a causa da dor prolongada. Deste modo, os efeitos físicos e mentais da dor funcionam como um círculo vicioso, onde a reação fisiológica a dor desencadeia as reações mentais, que por sua vez, através de mecanismos psicofisiologicos, pode precipitar ou ajudar a perpetuar biologicamente o processo orgânico da dor. Esse cruzamento entre efeitos físicos e mentais possibilitava colocar automaticamente esses últimos dentro das preocupações médicas legítimas, afastando assim a possibilidade de que a proposta de tratamento da dor como um problema médico importante se fundamentasse somente em algum tipo de solicitude humanitária ou se aproximasse de um tratamento meramente sintomático. Isso porque, para poder conseguir conquistar o espaço que pretendia para a dor, Bonica tinha de configurá-la como um problema médico legítimo, dentro dos padrões da medicina da época. Por isso ele precisava esclarecer que sua intenção não era romper com o conhecimento instituído, mas dar continuidade a ele, tratando de uma questão legitimamente médica, mas que vinha sendo erroneamente ignorada até então (BASZANGER, 1998).

Em relação à segunda clivagem, entre a dor clínica e experimental, é a partir da prática efetiva com os pacientes com dores crônicas e os problemas encontrados nesse contexto que Bonica buscou oferecer uma nova representação para a dor e uma mudança na abordagem. Nesse sentido, ele esclarece que a razão da medicina não conseguir compreender as dores complexas se deve ao fato de que estudos sobre a natureza da dor, nos quais se baseiam as intervenções, são quase exclusivamente laboratoriais, versando sobre temas como as estruturas orgânicas dos receptores, as fibras condutoras, os centros de elaboração. As

conclusões desses estudos efetuados no ambiente controlado do laboratório, quando são generalizados para tentar explicar os fenômenos observados na clínica, são francamente insuficientes. Esse raciocínio que Bonica defendia não era difícil de aceitar, porém permanecia a questão de que o fenômeno da dor clínica parecia ser demasiadamente subjetivo para poder tornar-se um objeto de estudo científico. Então, ele precisava construir uma dor clínica cientificamente viável, que não podia ser nem meramente experimental nem meramente subjetiva, podendo assim incluir o conhecimento anatômico e fisiológico disponível. Para isso Bonica idealizou um esquema operacional de três vertentes (BASZANGER, 1998).

A primeira vertente consistia em conceber a dor como um fenômeno dual, composto de percepção e reação. Ou seja, a percepção dos estímulos nocivos dá origem à sensação de dor e a uma reação em resposta à mesma. Assim, a percepção da dor seria semelhante à percepção de outras sensações, podendo ser compreendida através da ação dos receptores neurais, dos condutores e mecanismos perceptivos relativamente simples e primitivos. É essa fase da dor que é eficazmente combatida pelo bloqueio analgésico e pela maioria dos outros métodos utilizados no alívio da dor. Já a reação à dor é um processo psicopatológico complexo que envolve as mais altas funções cognitivas do indivíduo:

> "É um estado de sentimento (...). Representa as expressões emocionais e fisiológicas resultantes da percepção da dor. É o que o indivíduo sente, pensa e faz sobre a dor que ele percebe. O padrão de reação depende em parte da sensação sobre o que ela significa para o indivíduo, em função da experiência de vida passada e atitude para com a dor. Esta última, por sua vez, depende do humor, do estado emocional, da vontade, da condição funcional e de vários processos cerebrais; depende também da presença ou ausência de ansiedade, e muitos outros fatores. Esse padrão que habitualmente, mas nem sempre, se segue imediatamente à percepção da dor tem muitos componentes psicológicos e fisiológicos, incluindo a reação emocional, músculos lisos, glândulas e expressões músculo esqueléticas, e assume a forma de luta, fuga ou retirada" (BONICA *apud* BASZANGER, 1998, p.31-32).

Bonica destaca ainda que esses dois componentes da dor – percepção e reação - são intrinsecamente relacionados às condições clínicas que o paciente apresenta, portanto ambos precisam ser considerados na abordagem clínica do problema (BASZANGER, 1998).

A segunda vertente refere-se à concepção sobre a natureza da dor e remete a uma discussão controversa na medicina da época, qual seja, a dor é uma sensação fisiológica ou patológica? Antes de apresentar a sua posição a respeito do assunto, Bonica resume o estado atual dessa controvérsia. Ele afirma que as pesquisas realizadas nas últimas seis décadas

levaram a crer na hipótese formulada pela Teoria da Especificidade a respeito da dor. Segundo a teoria, tratava-se de uma sensação fisiológica desencadeada pelo estímulo de um tipo específico de receptor e mediada através de estruturas nervosas específicas, que são anatômica e fisiologicamente diferentes e distintas daquelas que mediam outras sensações específicas. Ele informa ainda que existe outra corrente de pensamento acerca do assunto que considera a dor como uma sensação patológica, ocasionada por um estímulo excessivo dos receptores das sensações.

Bonica expõe a sua posição sobre o assunto afirmando que a dor pode ser tanto um processo fisiológico normal como patológico, o que vai fazer a passagem de uma condição para a outra é a duração do quadro doloroso. Assim, para Bonica esses dois conceitos não são inconciliáveis. Bonica concebe a dor como composta por uma hierarquia fluida de níveis que se sobrepõem parcialmente em função do tempo, evitando assim esse debate sobre a natureza fisiológica ou patológica da dor. Deste modo, a dor na sua fase inicial é uma sensação fisiológica e pode exercer uma função protetora para o organismo, representando um sinal de alerta sem o qual as alterações nocivas em curso poderiam evoluir para um dano tecidual maior. Por outro lado, a dor na sua fase tardia e intratável passa a ser patológica em função dos efeitos físicos e mentais nocivos que ela desencadeia, efeitos esses que não causariam prejuízos maiores caso a dor cessasse em pouco tempo (BASZANGER, 1998)

Por último, a terceira vertente do esquema operacional idealizado por Bonica refere-se à necessidade de conceber um espaço conceitual para integrar as reações do paciente com dor, reconhecendo assim as especificidades da abordagem clínica da dor que marcam a oposição entre a dor clínica e a dor experimental. Bonica informa que as pesquisas nos últimos vinte anos têm se dedicado a medir experimentalmente os limiares de dor, mas a dor provocada experimentalmente é muito diferente da dor associada com uma doença ou da dor que ocorre no dia-a-dia. Esse fato limita muito qualquer tentativa de transferir as conclusões do laboratório para as situações com que os médicos deparam-se na clínica (BASZANGER, 1998).

Porém, ainda existia um grande obstáculo para a legitimação da dor clínica como um objeto de estudo e intervenção médica, qual seja, como avaliar a dor sentida pelo paciente quando esta varia individualmente em função de uma infinidade de fatores. A questão era saber se a avaliação subjetiva do paciente podia ser objetivamente mensurada. A resposta de Bonica para essa questão resume a especificidade da abordagem clínica centrada na dor, qual seja, o médico deve acreditar no paciente, uma vez que a dor agora é definida a partir das

reações que ela provoca no indivíduo. Contudo, essa narrativa do paciente acerca da sua dor deve ser entendida em uma estrutura de análise clínica particular. Ou seja, a narrativa do paciente vem se somar a uma série de outros dados que o médico precisa saber colher e avaliar. Estes incluem os dados clínicos objetivos oferecidos pelo exame clínico e de imagem, a qualidade e a duração da dor, dados obtidos através de uma cuidadosa história. Por seu turno, os elementos da descrição do paciente acerca da sua dor servirão de guia para o diagnóstico, mas só com certa reserva deverá ser aceita como tal. Ou seja, clinicamente a intensidade da dor é medida através da análise detalhada e cuidadosa da história do paciente e das suas afirmações, além da observação da reação do paciente à dor e a avaliação da sua personalidade. Note-se que não se trata de negar a existência da dor ou da sua gravidade declarada, caso esta não esteja de acordo com os elementos objetivos dos exames clínicos. Contudo, o fato desses elementos convergirem ou não vai dar origem a diferentes diagnósticos em relação à dor e vai determinar a aplicação de procedimentos terapêuticos diferentes, como parte de um plano ou programa. De um modo geral, essa ainda é a orientação básica para a avaliação do paciente nas clínicas da dor (BASZANGER, 1998).

Até esse momento, acompanhamos os esforços iniciais de Bonica para fazer da dor persistente um objeto de atenção dos profissionais de saúde, através da sua apresentação como um objeto que é independente, diferente de um sintoma de outra coisa, mas que também não pertence ao campo das sensações normais, quotidianas. Esse tipo de dor para a qual Bonica buscou chamar a atenção merecia, em sua concepção, ser alvo da ação do médico e precisava ser avaliada no seu contexto, qual seja, a experiência do paciente. Para poder observar um objeto sujeito a tantas variáveis e que se apresenta de formas diversas e particulares, faz-se necessário saber reconhecê-lo e interpretar a sua diversidade, controlando de certa forma essas variações. Com isso, pode-se chegar a estabelecer algumas categorias que vão orientar a terapêutica, ou seja, é necessária uma classificação, ação empreendida pelo pioneiro do qual viemos falando (BASZANGER, 1998).

2.3.1. Classificação da dor

A classificação da dor que Bonica estabelece nessa primeira edição do seu livro tem dois eixos principais: a classificação da dor a partir de seus mecanismos de ação, ou seja, a sua natureza e a classificação por síndromes, que combina a definição através dos mecanismos com a definição a partir das regiões do corpo acometidas. A preocupação principal de Bonica ao estabelecer essa primeira classificação era ajudar a implantar e

aperfeiçoar o corpo de conhecimentos sobre a dor que ele estava tentando sistematizar, tornando-o menos disperso e assim mais palatável para os médicos em geral (BASZANGER, 1998).

Desta forma, a dor é primeiramente classificada em três categorias, de acordo com a sua origem: periférica, central ou psicogênica. A dor periférica é aquela desencadeada por um distúrbio orgânico nas terminações nervosas periféricas e/ou nas fibras nervosas que transmitem os impulsos nociceptivos, provocando assim a sensação de dor. A dor central é aquela iniciada por uma disfunção em alguma parte do sistema nervoso central (medula espinhal, tronco cerebral, tálamo, cérebro). Bonica acrescenta que mesmo na dor de origem periférica, o sistema nervoso central também estaria envolvido de alguma forma através de mecanismos até então desconhecidos. Por fim, a dor psicogênica era uma classificação reservada a um grupo de pacientes para os quais não se podia encontrar uma causa orgânica que explicasse a dor. Posteriormente, com a evolução do conhecimento, os dois primeiros mecanismos foram abandonados na sua forma original e nova linha de classificação foi definida. A dor passa a ser classificada em nociceptiva e neuropática, sendo que a dor nociceptiva é aquela resultante da estimulação das vias nociceptivas e a dor neuropática é aquela resultante de uma disfunção do sistema nervoso central ou periférico.

Segundo Baszanger, o ponto mais importante a ser destacado nessa primeira classificação de 1953 é o fato de que Bonica já tinha começado a identificar uma categoria de dor que tinha como traço comum o fato de ser intratável, ou seja, uma dor anormal que era mantida por um mecanismo até aquele momento desconhecido. Essa dor anormal é colocada desde o início como exacerbação de uma subversão de um processo anterior e breve de dor "normal". Essa noção daria origem aos conceitos de dor aguda e dor crônica (BASZANGER, 1998).

Em relação à terceira categoria, a “dor psicogênica”, existe algumas peculiaridades interessantes. Essa categoria aparece descrita em dois capítulos que foram escritos por um psiquiatra e refere-se a um diagnóstico por exclusão, utilizado quando a queixa de dor do paciente não pode ser encaixada nos dois primeiros mecanismos. Nesse caso, a lógica utilizada é a clássica dicotomia entre orgânico e psíquico, pois para Bonica esse tipo de dor seria um acontecimento predominantemente psíquico e indicaria a presença de uma disfunção mental potencialmente grave (esquizofrenia, por exemplo), de maneira que esses casos seriam mais objetos da psiquiatria do que da medicina que Bonica estava tentando criar. Ele acrescenta, porém, que o diagnóstico de dor psicogênica é muitas vezes erroneamente

atribuído em função da falta de conhecimento de muitos médicos acerca dos efeitos mentais da dor persistente, que se manifesta sob a forma de uma reação psicofisiológica, que pode chegar a exacerbar-se a ponto de mimetizar uma doença mental. Por isso ele alertou a respeito do perigo de se rotular precipitadamente todo tipo de dor persistente como dor "psicológica", retirando-a do campo do tratamento médico na sua acepção mais estrita (BASZANGER, 1998).

Baszanger explora um pouco mais o que ela chama de "o duplo estatuto da dimensão psicológica", explicando que Bonica recorre mais uma vez a sua idéia de um *continum* que vai sobrepondo a dimensão psíquica à dimensão orgânica da dor, para explicar o estatuto da dor psicogênica. Ele recorre então a sua descrição da dor como um fenômeno composto por percepção e reação e apresenta um "espectro da dor". Nesse espectro, ele gradua as diferentes fases das relações entre os componentes neurológicos e psiquiátricos, organizando fases que misturam sutilmente reações normais e psíquicas. Inicia na dor puramente física, que corresponderia à dor experimental, passando por um progressivo aumento dos componentes psíquicos que acompanham a dor até chegar à dor puramente psicogênica, que é descrita através de sintomas psicossomáticos (Figura 5)

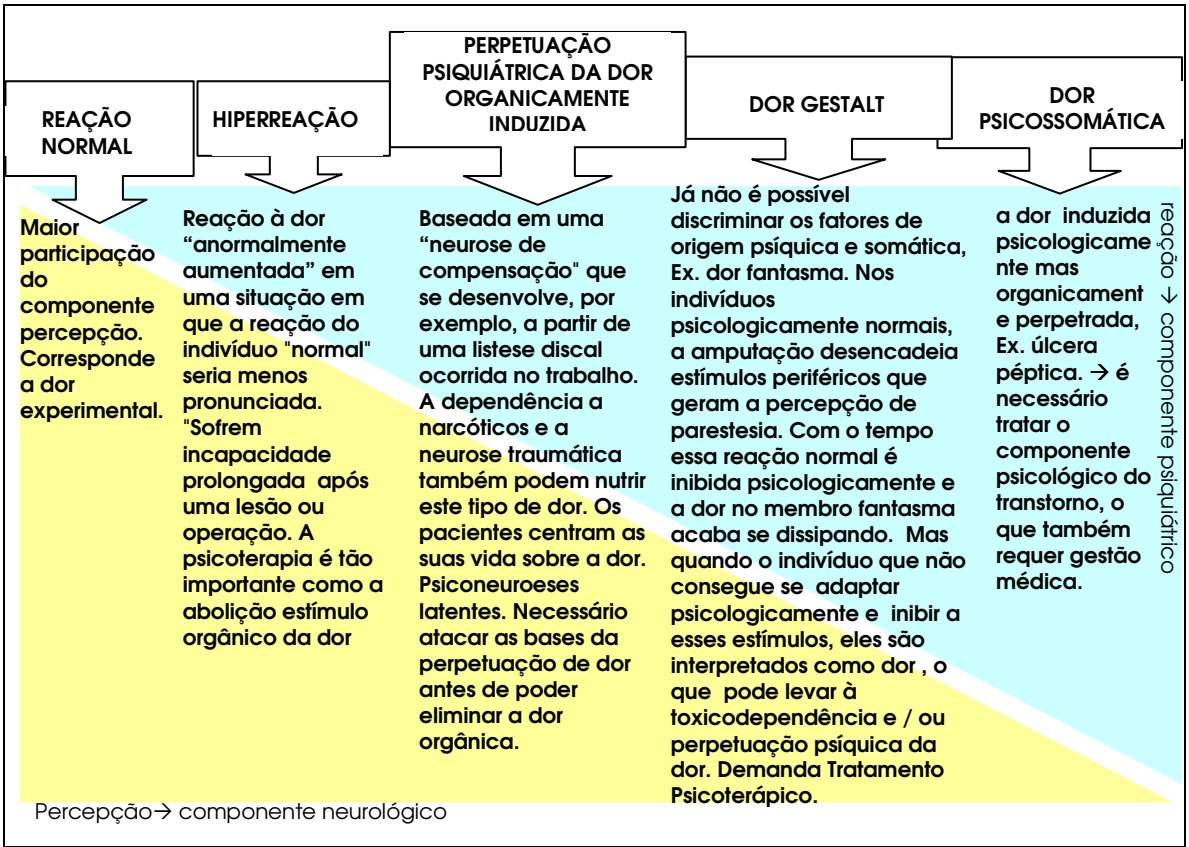

Figura 5 – Espectro da dor segundo Bonica

Segundo Bonica,

> "A dor clínica deve ser considerada como um fenômeno fundamentalmente psicobiológico que não é classificada facilmente como uma sensação ou uma emoção (...) Embora seja um hábito comum da mente pensar na dor como uma condição física e fazer uma distinção artificial entre o que se costuma chamar de dor "real" ou "orgânica" e "imaginária" ou "funcional", qualquer que seja sua origem ou origens a dor é, em última análise, um acontecimento psíquico (...) A reação emocional à dor requer muita, se não mais, atenção na sua administração, isso porque ela freqüentemente constitui o aspecto mais relevante do fenômeno da dor" (BONICA *apud* BASZANGER, 1998, p.36).

Baszanger acrescenta ainda que é esta representação instável e gradual da dor que vai sustentar a necessidade de tratá-la através de uma abordagem multidisciplinar e com o uso de várias técnicas simultâneas. Além disso, essa tipologia estabelecida por Bonica será a ferramenta que vai permitir constituir um objeto "dor clínica", que se distingue da dor estudada experimentalmente no laboratório, através da integração do indivíduo e da sua experiência real (BASZANGER, 1998).

2.3.2. Avaliação da dor

Outra novidade introduzida pela proposta de Bonica é a avaliação da dor para o estabelecimento de um diagnóstico da dor em si. O que acontecia até então na medicina era inserir a dor como um sintoma integrante de um quadro clínico de uma dada enfermidade. Com efeito, a sistematização do diagnóstico é um elemento importante para legitimação de uma especialidade no âmbito da medicina moderna, pois é ele que vai embasar a prática terapêutica.

Um capítulo inteiro do livro de Bonica é dedicado ao exame do paciente. No modelo que o autor estava propondo, a avaliação do paciente era, para além de uma etapa preliminar do tratamento, uma técnica central para o manejo terapêutico do paciente com dor persistente. De acordo com Baszanger, esse capítulo do livro aponta para duas importantes dimensões do trabalho médico com a dor, quais sejam, a existência de um tipo particular de paciente e a necessidade de se estabelecer uma relação peculiar entre médico e paciente. Ainda segundo a autora, ambos os aspectos estão diretamente ligados ao fato da medicina da dor lidar, na maior parte das vezes, com o fracasso das terapias anteriores, pois foi partindo deste fracasso que Bonica alicerçou o seu projeto de construir uma abordagem para a dor crônica e intratável. Esse conceito de dor crônica é o objeto da medicina da dor e eixo principal de desenvolvimento dessa especialidade. Com efeito, para Bonica o fato do paciente com dor persistente apresentar um tipo peculiar de comportamento era uma conseqüência do próprio

quadro de dor, acrescido do fracasso sucessivo das terapias antecedentes, que acabavam por transformar o paciente comum em um indivíduo desanimado e pessimista, em função dessa característica particular. A primeira tarefa do médico é, então, estabelecer uma relação médico-paciente que permita corrigir uma situação de fracasso médico inicial. O objetivo é restaurar a confiança do paciente e conseguir a sua colaboração através do estabelecimento de uma relação médico-paciente que favoreça o reconhecimento tanto da competência médica, quanto da individualidade irreduzível do paciente. Na prática, segundo Bonica,

> "Esta meta pode ser alcançada de várias maneiras. Em primeiro lugar, o médico que encaminha o paciente deve convencê-lo de que o algologista é um especialista na administração da dor e a melhor pessoa disponível na comunidade médica para resolver o seu problema. Além disso, durante a visita inicial o dolorologista deve fortalecer a convicção do paciente nisto [...] Deve-se fazer o paciente sentir que a sua individualidade é reconhecida e o seu problema não é relevante só para ele, mas é a parte mais importante da prática do médico. Uma atitude simpática, consideração, cuidado afetuoso, e um profundo interesse pelo problema em mãos vão ajudar a convencer o paciente de que o seu problema será resolvido. Além disso, o médico deve demonstrar total confiança no método de gestão, falando de forma convincente e determinada"(BONICA apud BASZANGER, 1992, p.38).

Esse trabalho de construção de uma relação terapêutica sólida, a ponto de permitir o restabelecimento da confiança, uma comunicação efetiva que permita a avaliação adequada da dor para efetuar um diagnóstico correto e um acordo de cooperação que possibilite o tratamento, demandam tempo e investimento por parte do profissional. Bonica descreve pormenorizadamente nesse capítulo os procedimentos para se obter elementos necessários para realizar o "diagnóstico da dor", que Baszanger resume da seguinte forma:

> "... O trabalho diagnóstico tal como foi definido naquela época por Bonica apontava para a avaliação da dor de acordo com suas características principais em termos de lugar e distribuição, qualidade, intensidade e duração. Isso era feito na forma convencional, obtendo um histórico detalhado, realizando um exame físico e mental e, eventualmente, com base em consultas e exames complementares. O trabalho de realizar uma observação detalhada é apresentado como o elemento básico no exame do paciente, pois constitui a base para uma avaliação, fornecendo informações importantes sobre o plano emocional e psicológico [...] deve-se permitir ao paciente falar antes de qualquer intervenção, deixar que [ele] conte a sua história nas suas próprias palavras [...] além de permitir ao paciente expressar os seus sentimentos, é também uma oportunidade para o médico estudar o paciente como um todo: seu jeito, sua atitude, seu comportamento e suas reações emocionais"(BASZANGER, 1992, p.40)

2.3.3. Tratamento da dor

Baseando-se na dupla dimensão da dor: percepção e reação, os métodos utilizados no tratamento podem direcionar-se tanto para diminuir ou eliminar completamente a percepção dolorosa, quanto para modificar a reação a ela. Nesse sentido, a noção básica do tratamento da dor postulada nessa época e que perdura até hoje inclui o uso simultâneo de vários métodos e a importância da psicoterapia usada em vários níveis durante todo o tratamento. Em relação à abordagem psicoterápica, faz-se ainda uma distinção entre dor de origem puramente psicológica, cujo tratamento deve ser exclusivamente psiquiátrico, e todos os outros tipos de dor, cujo tratamento deveria ser acompanhado por considerações psicológicas que permitam compreender e manejar as manifestações psíquicas relacionadas ao quadro álgico (BASZANGER, 1998).

Ainda em relação ao tratamento, boa parte do livro é dedicada aos bloqueios analgésicos, compondo um verdadeiro manual técnico. E é dentro deste contexto que Bonica utiliza pela primeira vez a expressão "clínicas de dor", nesse momento referindo-se ao fato de que seria importante que todos os médicos, independente de suas especialidades, manifestassem interesse em aprender a diagnosticar e tratar a dor, somando seus conhecimentos. Essa é a primeira referência à idéia da multidisciplinaridade e a uma clínica especializada em dor. Já na segunda edição de *The Management of Pain* de 1990, dois capítulos são dedicados à descrição do “centro multidisciplinar para avaliação e tratamento da dor complexa” que seria a referência oficial do mundo de dor. No texto de 1954 aparece apenas o esboço dessa idéia:

> “... A finalidade dessa discussão sobre uma clínica de bloqueio é indicar que um grupo de médicos interessados nesta fase da gestão da dor pode reunir os seus recursos clínicos para explorar plenamente o valor potencial real do bloqueio do nervo. Este plano de cooperação ou de um esforço comum no tratamento de pacientes com dor intratável tem sido levado ainda mais longe em algumas localidades pelas clínicas de dor, que são compostas de vários médicos particularmente interessados e qualificados para a gestão da dor intratável de etiologia obscura” (BONICA apud BASZANGER, 1992, p.41)

Tudo o que se veio discutindo até aqui sobre o trabalho pioneiro de Bonica constitui a base de sustentação teórica que justifica a necessidade de uma abordagem diagnóstica e terapêutica específica e multidisciplinar para a dor. Em resumo, de acordo com o projeto do autor, a dor clínica merece atenção diferenciada; algumas dores são "anormais" em função da sua persistência e precisam ser tratadas por si só; toda dor é composta por elementos fisiológicos e emocionais, que podem ser apreendidos por um esquema de percepção e reação;

algumas "dores" descritas como tal pelos pacientes são fundamentalmente de origem psicológica e por isso suscetíveis ao tratamento psiquiátrico; a dupla natureza (psíquica e somática) da dor e o fato de que algumas dores resistem aos tratamentos convencionais vão caracterizar um tipo particular de paciente e demandar a construção de uma relação médico-paciente diferenciada (BASZANGER, 1998).

2.4. Repercussões iniciais do trabalho de Bonica:

Durante muitos anos, a obra de Bonica teve poucos resultados concretos. Após a II Guerra Mundial, algumas clínicas para o tratamento da dor, orientadas por anestesiologistas, haviam se iniciado, mas essas clínicas se baseavam exclusivamente em procedimentos de bloqueios analgésicos. De modo geral, esses médicos não demonstraram interesse em aderir à idéia do tratamento multidisciplinar.

2.4.1. Desenvolvimentos paralelos.

Até a década de 1960, havia apenas algumas exceções. Vale a pena destacar as principais: nos Estados Unidos uma clínica de dor dirigida pelo anestesiologista Duncan Alexander e outra por William Livingston e no Reino Unido a clínica de Mark Swerdlow (BASZANGER, 1990,1998).

2. 4.1.1. Duncan Alexander

É importante destacar que apesar de se creditar principalmente a Bonica o mérito pela idealização da primeira clínica multidisciplinar para o tratamento da dor, ele próprio fazia questão de dizer que, praticamente no mesmo período em que ele criava a sua clínica em Washington, o anestesista Duncan Alexander iniciou um programa multidisciplinar de diagnóstico e terapêutica da dor no *Veterans' Hospital*, em McKinney, Texas, em 1947. Alexander era representante de um grupo de anestesiologistas de elite conhecidos como *Aqua Alumnus,* os quais foram treinados pelo famoso fundador do primeiro Departamento de Anestesiologia acadêmica no mundo, o Dr. Ralph Waters, da Universidade de Wisconsin. Alexander foi um *Aqua Alumnus* da turma de 1937. Apesar de ser um anestesista brilhante, sua carreira foi muito conturbada em função do seu alcoolismo. Ele passava de um centro docente após o outro e desaparecia após vários anos de excelente desempenho (BONICA e HADDOX, 1998; GIESECKE, 2003).

Alexander realizou alguns feitos importantes em anestesiologia, por exemplo, grande parte do conhecimento que temos sobre as progressivas manifestações clínicas de hipoxia provém das cuidadosas observações desse médico durante o tratamento de convulsões anóxicas induzidas por inalações de nitrogênio puro para o tratamento da esquizofrenia, método proposto por ele para substituir outras formas de indução de convulsões mais nocivas. Em 1937, ele tornou-se diretor de anestesia do Hospital de Albany, Nova Iorque, e ocupou o título de Professor Associado de Anestesiologia, Fisiologia e Farmacologia no Albany Medical College. Nesse período ele inventou a "bazuca" para o ar exalado, um instrumento inovador para a ventilação artificial. Devido a sua popularidade crescente, em 1942 ele foi eleito o primeiro vice-presidente da *American Society of Anesthesiologists.* Nesse mesmo ano ele participou da Força Aérea dos Estados Unidos, servindo durante um período no 160º Hospital Geral sediado na Inglaterra, onde tornou-se um dos pioneiros da anestesia torácica. Foi especialmente nessa época que o vício de Alexander veio à tona e se tornou um problema, chegando a escapar por pouco de uma corte marcial militar. Após a alta da Força Aérea em 1946, Alexander tornou-se o chefe da anestesia no Hospital de Veteranos McKinney, Texas, trinta milhas ao norte de Dallas. Nesse hospital, ele cercou-se de veteranos da II Guerra Mundial que sofriam de dores crônicas, então, juntamente com um neurocirurgião e um psiquiatra, ele estabeleceu uma colaboração multidisciplinar numa clínica de dor para cuidar desses pacientes. Ele provavelmente foi o primeiro a procurar, através de exames radiológicos, a localização exata para a colocação da agulha antes de bloqueios nervosos permanentes. Em respeito ao seu brilhantismo e popularidade, as suas indiscrições alcoólicas ocasionais eram toleradas pelos seus colegas médicos. No entanto, em 1955, o hospital foi assumido por um ambicioso administrador e Alexander foi forçado a demitir-se (BONICA e HADDOX, 1998; GIESECKE, 2003).

2. 4.1.2. William K. Livingston

Algum tempo depois de Duncan Alexander e Bonica, o cirurgião William K. Livingston estabeleceu a terceira clínica multidisciplinar para o tratamento da dor dos Estados Unidos, na Universidade do Oregon, em Portland. O tratamento oferecido por Livingston baseava-se em outra teoria da dor, a Teoria da Somação Central, proposta por ele próprio em 1943. Em função do prestígio de Livingston na comunidade científica, o seu foi o primeiro

programa de pesquisa multidisciplinar em dor a ser financiado pelo Instituto Nacional de Saúde dos EUA (BONICA e HADDOX, 1998).

2. 4.1.3. Mark Swerdlow

Foi Mark Swerdlow quem introduziu e aperfeiçoou muitas das novas técnicas de bloqueios anestésicos para o tratamento da dor no Reino Unido, após a Segunda Grande Guerra. A sua clínica para o alívio da dor foi fundada em 1959, em Salford, e ele se manteve como diretor médico até a sua aposentadoria, 21 anos mais tarde. Em 1967, ele fundou a Sociedade de Dor Intratável da Grã Bretanha, mais tarde rebatizada de *Pain Society* e desempenhou um importante papel no desenvolvimento da Clínica de Dor, como veremos mais adiante (RICHMOND, 2003).

Portanto, apesar dos incansáveis esforços de Bonica na tentativa de divulgar a sua idéia através de palestras por todo o país e mesmo contando, até meados da década de 1950, com o apóio de Duncan Alexander, o movimento continuou restrito a essas poucas iniciativas. Em 1960, Bonica foi nomeado chefe do recém-criado Departamento de Anestesia da Universidade de Washington em Seattle e com o auxílio de um neurocirurgião e uma enfermeira ele criou um ambulatório multidisciplinar de dor que gradualmente expandiu-se, chegando a reunir um grupo de 20 indivíduos de 14 diferentes especialidades médicas e disciplinas clínicas como psiquiatria, cirurgia ortopédica, reabilitação, cirurgia geral e psicologia clínica. Esse trabalho obteve sucesso e reconhecimento, mas apenas a nível local, atraindo profissionais de alto nível interessados em problemas relacionados com a dor.

Segundo Baszanger, essa estagnação em relação ao desenvolvimento da medicina da dor deve-se em grande parte ao contexto desfavorável propiciado pelas tendências da medicina da época. Isso porque, a consolidação da tendência a especialização profissional da medicina fez com que as disciplinas fossem organizadas por órgãos, grandes aparelhos ou sistemas. Nesta lógica, a dor se fragmentou de acordo com o mesmo princípio, tornando-se invisível como uma entidade separada. Além disso, houve a redução da possibilidade de confrontação potencial de cada médico na sua prática individual com a dor intratável como um fenômeno global (BASZANGER, 1990, 1998)

2.4.2. A Teoria da Comporta ou Teoria do Portão de Controle.

Em 1965, o psicólogo canadense Ronald Melzack, integrante da equipe de Livingston, e o neurologista britânico Patrick Wall, baseando-se nas idéias do cirurgião

holandês Willem Noordenbos, publicaram seu clássico artigo sobre o "portão de controle" (*gate control*) (figura 6) no qual propunham um mecanismo a nível medular que regulava a transmissão de sensações dolorosas entre a periferia e o cérebro. Baszanger expõe uma explicação resumida de Jean Marie Besson (*Institut National de la Sante et de la Recherche Medicale*) para essa teoria.

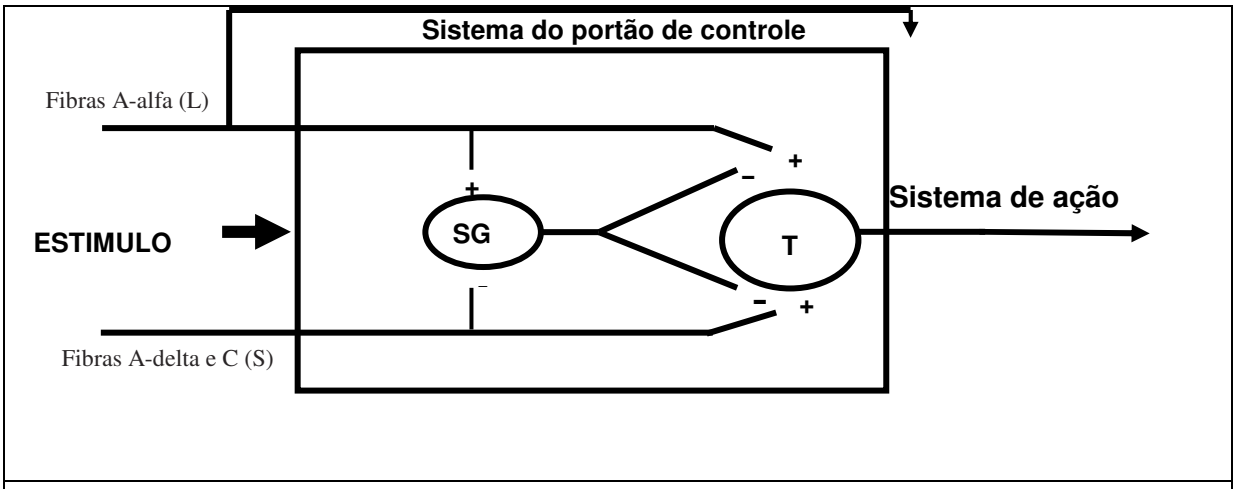

Figura 6 - Teoria da comporta - A saída de projeções para os neurônios da medula espinhal são concebidas por Noordenbos para compreender um Sistema Multi-sináptico aferente.As fibras projetam-se para a substância gelatinosa (SG) e para a primeira central de transmissão, células (T). O efeito inibitório exercido pela SG sobre as fibras aferentes terminais é aumentada pela atividade nas fibras L e diminuída pela atividade nas fibras S. O gatilho de controle central é representado por uma linha traçada a partir do sistema das fibras grandes para os mecanismos de controle central; Esses mecanismos, por sua vez, projetam-se de volta ao portão _ sistema de controle. As células T projetam-se para o sistema de ação. Aumentando a Excitação e diminuindo a inibição (Melzack e Wall, 1965, p. 971).

Segundo Besson, o ponto de partida da teoria é o princípio da interação sensorial entre as mensagens transmitidas pelas fibras nociceptivas e as fibras de grande diâmetro que transmitem sensações como o tato, por exemplo. Essas fibras vindas da periferia do sistema nervoso passariam pelo corno dorsal da medula espinhal, onde existem células de transmissão (T) que recebem informações provenientes dessas fibras nervosas e as transmitem ao cérebro. A substância gelatinosa, que é a segunda camada do corno dorsal da medula espinhal, contém neurônios, cuja função é controlar essa transmissão (interneurônios localizados imediatamente antes da primeira sinapse) de informação entre as fibras nervosas e medula espinhal. O papel desses interneurônios é minimizar a quantidade de neurotransmissores que as mensagens nociceptivas liberam nesta sinapse, obstruindo assim a comunicação, assim eles agem como telas, filtros ou portões modulando a transmissão de informações das fibras nervosas para a medula espinhal. O comportamento desses interneurônios varia em função do tipo de fibra envolvida (BASZANGER, 1998; MELDRUM, 2003).

Quando ocorre um estímulo doloroso ele é transmitido pelas fibras nociceptivas A-delta de pequeno diâmetro e pelas fibras C de médio diâmetro. Elas provocam a inibição dos

interneurônios, fazendo com que a mensagem de dor seja transmitida corretamente. No caso de surgir uma estimulação tátil concomitante, que é transmitida através das fibras A-alfa, fibras beta mielinizadas e de grande diâmetro, ocorre a ativação dos interneurônios e o acionamento dos mecanismos inibitórios, provocando uma interferência na mensagem de dor. Esse mecanismo que permite a modulação dos impulsos antes da dor ser sentida explica a relação variável entre a lesão e a dor. Explica, por exemplo, a dor devida a lesões das grandes fibras cutâneas. Quando isso ocorre, há uma supressão ou redução dos efeitos inibitórios acionados por essas fibras, fazendo assim com que ocorra uma atividade espontânea acentuada de células do corno dorsal, provocando dor espontânea ou desencadeada pela presença de estímulos de baixa intensidade.

Em 1982, Melzack e Wall ampliaram a sua teoria para levar em conta os novos dados (Figura 7), incluindo agora também mecanismos de inibição e estimulação entre a substância gelatinosa e as células de transmissão, além de um controle inibitório descendente decorrente dos sistemas do tronco cerebral que mandam de volta projeções inibitórias. Essas mensagens que se originam no cérebro podem agir também nestes portões e influenciar a transferência de informação. Essa é a base para entender como certas variáveis psicológicas como a atenção e as experiências anteriores modulam a dor. Em termos de possibilidades terapêuticas, o fato de existir um portão regulável sugere que seja possível tentar fechar o portão através de várias manipulações. De acordo com Meldrum, a especificidade neurofisiológica desse modelo é menos importante do que a sua importância estratégica, ou seja, a contestação definitiva da Teoria da Especificidade e o fato de sugerir que as dores não relacionadas ou desproporcionadas a estímulos externos podiam agora ser explicadas através de mecanismos neurológicos (BASZANGER,1998; MELDRUM, 2003; PERISSINOTTI, 2001).

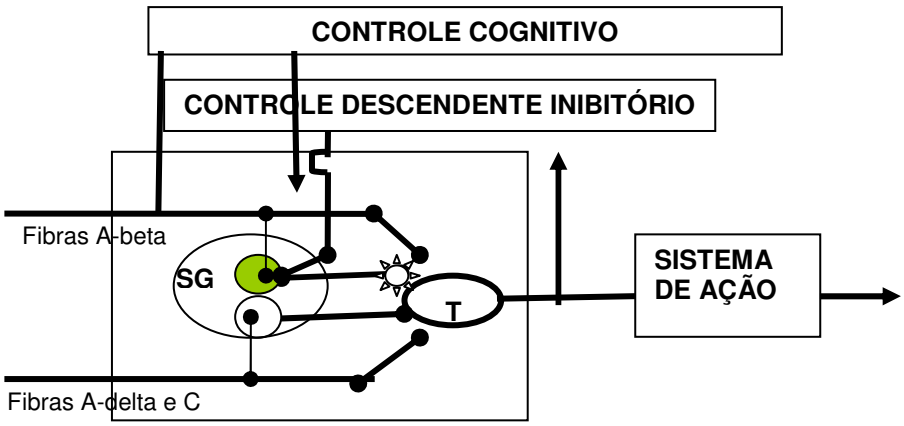

Figura 7- Novo modelo da Teoria da Comporta: inclui ligações excitatórias (círculo branco) e inibitórias (círculo verde) a

partir da substância gelatinosa (SG) para a célula de transmissão (T), bem como o controle inibitório descendente a partir dos sistemas do tronco cerebral. A estrela no final do link inibitório implica que a sua ação poderá ser pré-sináptica pós-sináptica ou ambas. Todas as ligações são excitatórias, exceto a ligação inibitória entre o SG e a células T. (Melzack a Wall 1983, p.235).

A Teoria da Comporta despertou imediatamente um intenso interesse no meio científico. O artigo "*Pain Mechanisms: A New Theory*" publicado na *Science*, no qual os autores expõem a teoria pela primeira vez, era o oitavo na lista dos onze artigos de neurociência mais freqüentemente citados durante os anos 1960. A medicina como um todo não teve grande interesse na nova teoria, no sentido em que, a princípio, ela não provocou grandes mudanças na prática clínica cotidiana. Já os médicos interessados no problema da dor reagiram de maneira muito diferente. Bonica teve conhecimento da teoria através do artigo na *Science* e, segundo ele, o trabalho era um dos mais importantes eventos dos últimos cem anos, em termos de concepções sobre dor.

A partir da Teoria da Comporta, o combate à dor foi redirecionado, pois agora combater a dor não significava mais intervir a partir do exterior, mas era preciso estimular e reforçar os poderes naturais do organismo. Além disso, a Teoria da Comporta é extremamente funcional, abrindo caminho para novas práticas no combate a dor (BASZANGER,1998; MELDRUM, 2003; PERISSINOTTI, 2001).

Baszanger destaca que o trabalho de Melzack e Wall foi o instrumento que permitiu a Bonica não só legitimar o seu projeto no cenário médico, como também levá-lo para além das fronteiras da medicina. Pois o que ele pretendia, para além de uma simples mudança técnica ou quantitativa a respeito da dor, era introduzir uma mudança qualitativa, ou seja, uma nova maneira de encarar a questão que ultrapassava as barreiras disciplinares para constituir um novo problema, investindo especialmente em três frentes: em direção à pesquisa, em direção à medicina e em direção à psicologia.

Em relação à pesquisa, a Teoria da Comporta impulsionou novas pesquisas básicas em nocicepção baseadas em novas questões que reconheciam a importância das diferentes disciplinas para o entendimento do fenômeno doloroso. Esse interesse renovado pela investigação da dor deu a Bonica importantes aliados na tarefa de dar maior visibilidade ao problema da dor na medicina. A Teoria da Comporta também abriu caminho para a realização de estudos clínicos, pois o ponto de partida de Melzack e Wall foi a dor encontrada na prática clínica, a partir da qual eles formularam sua concepção dinâmica da dor, no intuito de oferecer um modelo que pudesse se adaptar às diferentes situações encontradas na prática clínica. Esse modelo dinâmico permitiu a observação clínica de casos isolados e dos fenômenos que eram

difíceis de explicar. Essa operacionalidade conferiu legitimidade ao modelo e a articulação com a clínica permitiu a abertura de novos horizontes terapêuticos, tornando assim o campo mais atraente e angariando a adesão de novos clínicos e pesquisadores (BASZANGER, 1998).

Em relação à medicina em geral, a Teoria da Comporta lançou as bases para uma nova abordagem terapêutica baseada no conceito de "controle sensorial" da dor, o que encorajou os clínicos a procurar alternativas às lesões cirúrgicas destrutivas e irreversíveis, através do investimento em tratamentos conservadores que se baseavam no controle da dor através de um aumento das atividades fisiológicas normais ao invés de tentar alterá-las. Essa característica da teoria abriu o caminho em direção a novas possibilidades terapêuticas, despertando o interesse dos médicos que já usavam algumas dessas técnicas nos seus respectivos campos. A Teoria do Portão de Controle também fundamentou teoricamente algumas técnicas que até então eram consideradas como parte do arsenal da medicina popular ou alternativa. Esse embasamento científico permitiu uma mudança no *status* dessas técnicas, que passaram a ser consideradas agora como procedimento médico. Por exemplo: a acupuntura, as técnicas de relaxamento, a hipnose, etc. (BASZANGER, 1998).

Por fim, em relação à psicologia, o fato da Teoria da Comporta valorizar o papel das atividades cognitivas na dor e legitimar isso através de uma teoria científica maior, valorizou a idéia da possibilidade de controle psicológico da dor. Isso permitiu reunir dois mundos, até então muito apartados, em um projeto comum, quais sejam, a medicina e a psicologia. Voltaremos a esse ponto mais tarde quando discutiremos o estabelecimento da aliança entre a medicina da dor e a psicologia experimental e a conseqüente incorporação da teoria comportamental ao corpo teórico da dor.

No tópico seguinte trataremos do desenvolvimento do modelo conceitual e prático do tratamento da dor nos dias atuais.

2. 5. Consolidação do modelo teórico conceitual das clinicas da dor.

A seguir percorreremos o caminho de desenvolvimento da medicina da dor até os dias atuais baseando-nos, especialmente, no trabalho de Isabelle Baszanger.

Inicialmente analisaremos alguns fatos que fazem parte de um movimento mais amplo da medicina entre as décadas de 1960 e 1980 que, segundo Baszanger, serviram de “pano de fundo” para o desenvolvimento do trabalho de Bonica, numa confluência que contribuiu para o seu projeto sair do longo período de estagnação em que se encontrava e pudesse se desenvolver (BASZANGER, 1990 e 1998)

2.5.1. Mudança no cenário científico: A medicina da vigilância e o modelo biopsicossocial das doenças crônicas.

A segunda metade do século XX assistiu a uma importante mudança no sistema teórico lógico da medicina, que transformou profundamente a estrutura do poder médico. Essa transformação deu origem a uma nova categoria de doentes, qual seja, os doentes crônicos (ARNEY e BERGEN, 1983; BASZANGER, 1990,1998; ARMSTRONG, 1984; SEYMOUR, CLARK e WINSLOW, 2005; CONDRAU, 2007).

Conforme já explicitado em tópicos anteriores, a medicina anatomoclínica oriunda do final do século XVIII era praticada em um paciente considerado, não exatamente uma pessoa, mas uma miríade de estruturas mecanicamente justapostas, onde cada uma cumpria funções específicas. Assim, a doença era vista como uma lesão nessas estruturas que prejudicava o funcionamento do organismo. Partindo desse entendimento mecânico do corpo, a lógica operatória da medicina era fazer visível a lesão que estava oculta dentro do corpo para então tentar repará-la. Assim, o modelo de doença para a medicina anatomoclínica é a doença aguda. Muito embora os textos médicos escritos até a primeira metade do século XX já classificassem algumas apresentações de doenças como "crônicas", esse termo tinha um sentido muito diferente do atual. A doença crônica era simplesmente uma doença de duração longa e prognóstico pobre e o tratamento dispensado a esse tipo de paciente era mais humanitário do que médico (ARNEY e BERGEN, 1983; BASZANGER, 1990 e1998; ARMSTRONG, 1984 e 1995).

Segundo Arney e Bergen (1983), até meados do século XX as pessoas que sofriam de uma doença persistente ou de um dano irreparável eram vistas como vítimas de um acidente genético e a única alternativa prevista socialmente para elas era a proteção social contra os efeitos do seu acidente. Esse entendimento da doença crônica estabelecia limites para o discurso médico e o mantinha à parte do discurso sócio moral, uma vez que não se esperava que o médico, enquanto profissional, se ocupasse das expressões sócio-emocional das pessoas, isso seria exceder os limites da realidade sobre a qual a verdade médica tinha o privilégio de falar.

> O discurso médico só avaliava a natureza e extensão de um acidente, o 'envolvimento do corpo' em uma doença. Havia uma prática sócio-moral paralela, mas distinta, de compaixão que fornecia respostas a pessoas infelizes o bastante para sofrerem um acidente. A compaixão objetivava localizar esses indivíduos corretamente na ordem social e proteger essas vítimas dos efeitos dos seus acidentes. A medicina por si só não deveria

> preocupar-se com a localização adequada, o "verdadeiro lugar" dos indivíduos, embora o agente de compaixão por vezes fosse um médico (...) Separados esses dois discursos sobre a vida se tornam impotentes, mas agindo em conjunto, eles constituíam um discurso comum sobre a verdade da vida (...) A compaixão não pertencia nem ao médico, nem ao domínio social, mas ligava os dois discursos para ao mesmo tempo mantê-los separados (ARNEY e BERGEN, 1983, pág 7-8).

Já a segunda metade do século XIX assistiu aos avanços e ao despontar das disciplinas biológicas como a fisiologia, a histologia, a embriologia, a citologia, a bioquímica, a parasitologia, a microbiologia, a farmacologia, a patologia celular. A partir de então, as técnicas para identificação das lesões ocultas no corpo têm crescido em sofisticação. O acréscimo da investigação laboratorial no repertório dos indicadores clínicos da doença (raios-X, laudos patológicos, análises sanguíneas, etc.) marcou uma extensão do aparato técnico de procedimentos médicos. Com os avanços que a medicina foi incorporando, a maneira de compreender a doença e de produzir conhecimento médico modificam-se, pois agora é preciso explicar, para além da correlação anatomoclínica, os mecanismos intermediários da doença, as alterações funcionais e bioquímicas do organismo. Por outro lado, as crescentes inovações tecnológicas da medicina permitem agora o acesso precoce aos processos orgânicos. Surge então a possibilidade de antecipar-se aos fenômenos clínicos e à manifestação dos sintomas (PIMENTA e FERREIRA, 2003; ARMSTRONG, 1995; ARNEY e BERGEN, 1983).

O crescimento do arsenal tecnológico da medicina, num primeiro momento, fez com que o paciente se tornasse ainda mais concreto e a identidade do "homem doente" se perdesse ainda mais. Por isso, a partir da década de 1950 a clínica tradicional, centrada na objetividade científica, começa a ser alvo de críticas vindas de dentro e de fora da medicina. Estas críticas, de modo geral, chamavam a atenção para a importância da voz do paciente e da incorporação da experiência do adoecimento nos processos de diagnóstico e tratamento (PIMENTA e FERREIRA, 2003; ARMSTRONG, 1995; ARNEY e BERGEN, 1983).

Sobre o tema, Arney e Bergen (1983) fornecem como exemplo a evolução das considerações acerca do alcoolismo em uma importante enciclopédia médica (Principles and Practice of Medicine de William Osier). Os autores mostram como a preocupação com os aspectos psicossociais que interferem no adoecimento foram progressivamente ganhando relevo na literatura médica. Eles afirmam que a primeira edição dessa enciclopédia publicada em 1892, descreve o alcoolismo somente através dos efeitos da ingestão de álcool nas estruturas e funções do corpo. Já na edição de 1942 desse mesmo tratado, o alcoolismo já passa a adquirir uma dimensão psicológica antes inexistente e, na edição posterior de 1947, o

texto acrescenta questões sobre a situação social do paciente na investigação médica. Contudo, tais considerações só eram utilizadas no diagnóstico, não eram consideradas ainda uma parte explícita do problema. Porém, na edição de 1972 do tratado de Osier, o alcoolismo adquire uma dimensão social explícita:

> "O alcoolismo deixou de ser uma doença passando a ser mais um de vários 'modos mal adaptativos de lidar com as tensões' (...) O tratamento indicado mudou (...) O texto recomenda ao médico tratar o paciente como um indivíduo (...)" (Osier, apud ARNEY e BERGEN, 1983, pág. 10)

Assim, os aspectos sócio-emocionais passaram a ser uma parte integrante da doença e a "pessoa como um todo" se torna o novo objeto de investigação médica. Essa demanda surge porque esse novo "paciente-pessoa" aparece a partir da ampliação do domínio médico para além do espaço restrito do hospital, em torno do qual a medicina era até então organizada. Essa mudança exige a reorganização da prática médica, que não podia mais centrar-se exclusivamente sobre o corpo do paciente no leito do hospital. Ela teria de deixar o hospital e penetrar no contexto mais amplo da população (ARMSTRONG, 1995; ARNEY e BERGEN, 1983).

> "... a doença de longa duração e com mau prognóstico pede uma resposta médica mais elaborada que acaba sendo muito mais do que simplesmente médica (...) Essa nova concepção de doença requer uma reformulação das ações médicas. A medicina hoje não trata doenças; a medicina administra os pacientes. O domínio do médico se expandiu e a definição sócio-moral da vida se juntou com a definição biofísica para formar um discurso médico único sobre a vida que é mais amplo que o discurso tradicional (ARNEY e BERGEN, 1983, pág 11).

De acordo com Armstrong (1995), essa nova demanda criada pela consideração da dimensão sócio-emocional, somada às possibilidades geradas pelos avanços tecnológicos da medicina que permitiram a detecção precoce dos primeiros indicadores de uma possível doença, deram origem a um trabalho fundamental de reformulação do trabalho e do poder médico. Tal lógica suscitou a emergência do que Armostrong vai chamar de Medicina da Vigilância. Nesse processo, as antigas técnicas de higiene foram transformadas em novas estratégias de promoção em saúde ao longo de várias décadas durante o século XX.

Num primeiro momento dessa transição, ocorrida nas primeiras décadas do século XX, a preocupação com a prevenção das doenças deu origem aos programas de rastreamento concebidos para encontrar as pessoas que poderiam ter uma doença, mas que não se consideravam como "doentes". Esse tipo de inquérito sobre a saúde da população tornou-se uma ferramenta técnica eficiente para que a medicina pudesse tanto medir como reafirmar a

onipresença da doença e o fato de que a saúde era apenas uma situação precária. Essa realidade, revelada pelos inquéritos em saúde, justificou a criação de um aparato de vigilância médica para monitorar a normalidade precária em uma população inteira.

Ainda segundo Armstrong (1995), apesar da estratégia médica do rastreamento ser um instrumento muito eficaz na legitimação da necessidade de vigilância médica sobre a população, ela apresentava algumas limitações importantes. Em primeiro lugar, ela direcionava-se a uma lesão (ou mais comumente a uma proto-lesão) dentro corpo, deixando de fora outras ameaças emergentes que se insinuavam na comunidade. Em segundo lugar, essas técnicas tinham que confrontar-se constantemente com pontos de resistência, particularmente a recusa de muitos em participar destes novos procedimentos. A solução para estas dificuldades já tinha começado a surgir no início do século XX, com o desenvolvimento de uma estratégia que envolvia a delegação da responsabilidade pela vigilância para os próprios pacientes, quais sejam, as estratégias de promoção em saúde. Foi após a II Guerra Mundial que esta abordagem começou a ser implantada mais vigorosamente. Nas estratégias de promoção em saúde, as preocupações com a dieta, o exercício, o estresse, o sexo, etc., tornam-se instrumentos de incentivo a auto-inspeção por parte da comunidade. Assim *"o último triunfo da Medicina da Vigilância seria sua internalização pela população como um todo*"(ARMSTRONG, 1995, pág 400).

A estratégia da Medicina da Vigilância de organizar sua prática em torno da "prevenção" é assegurada por um conceito fundamental em torno do qual essa nova lógica médica se sustenta. Esse conceito é o de "risco". Se, para a Medicina Hospitalar, um sintoma ou sinal eram produzidos por uma lesão, conseqüentemente, eles poderiam ser usados para inferir a existência e a natureza exata da doença. Já para a Medicina da Vigilância, sintomas e sinais e a própria doença só são importantes no momento em que eles podem ser re-lidos como fatores de risco, que apontam para uma doença embora não a produzam necessariamente. Essa contingência inerente ao risco faz com que todos estejam sujeitos ao desenvolvimento de uma patologia e que a relação entre saúde e doença deixe de ser uma relação binária rígida, pois ambas passam a pertencer a uma escala ordinal na qual o saudável pode ficar mais saudável e a saúde pode co-existir com a doença.

A questão do risco, fundamento de uma Medicina da Vigilância, remete-nos às teorizações foucaultianas sobre o dispositivo de segurança, o qual constitui a arquitetura da tecnologia de poder que teve nascimento, conforme o autor, na metade do século XVIII – o biopoder. É em seu trabalho de 1978 Sécurité, territoire, population (2004) que Foucault se

detém na análise de tal dispositivo. Nesta análise, Foucault discute a emergência uma nova realidade material como objeto específico do poder: a noção de população (Foucault, 2008), sobre a qual irá incidir a Medicina da Vigilância. Mas, em que consiste o dispositivo de segurança?

Um dispositivo de segurança, afirma Foucault, não pode funcionar sem a condição de algo como a liberdade, no sentido moderno que essa palavra assumiu no século XVIII: não mais as franquias e os privilégios que estavam ligados a uma pessoa, mas a possibilidade de movimento, deslocamento, processos de circulação de pessoas e de coisas. Para Foucault, tem-se em cena uma física do poder ou um poder que se pensa como ação física no elemento da natureza (realidade). Vale destacar, um poder que se pensa como regulação, não pode operar senão tomando apoio sobre a liberdade de cada um, para incidir por fim, sobre a totalidade dos indivíduos em sua condição de população.

No caso da doença, por exemplo, no dispositivo de segurança, ela não aparece mais numa relação massiva de doença reinante em um dado lugar. A doença vai aparecer como uma distribuição de caso, numa população, circunscrita no tempo ou no espaço. Tem-se a aparição, por conseqüência, da noção de caso, que não é o caso individual, mas uma maneira de individualizar o fenômeno coletivo da doença, ou integrá-lo no campo coletivo sobre o modo de quantificação e racionalização, isto é, individualiza para depois generalizar. Se a doença é assim acessível ao nível do grupo e ao nível de cada indivíduo, nessa análise da distribuição do caso, vai-se poder marcar, a propósito de cada indivíduo ou de cada grupo individualizado, qual é o risco para cada um de pegar uma doença, morrer ou dominar a doença – o risco de morbidade e de mortalidade. Deste modo, será estabelecida, em relação aos dados quantitativos, a relação com a doença e o risco envolvido (FOUCAULT, 2008). O risco, no regime da segurança, próprio da sociedade contemporânea, é uma noção capital, pois sob uma aparente neutralidade científica embasada na estatística, propicia toda uma série de controles e intervenções técnicas, deslocando cada vez mais a responsabilidade pela gestão do risco aos próprios indivíduos.

Um terceiro aspecto importante no dispositivo de segurança é a idéia de riscos diferenciais. Esse cálculo dos riscos mostra que eles não são os mesmos para todos os indivíduos, para todas as idades, em todas as condições, em todos os lugares ou meios. Tal idéia faz aparecer as zonas de mais alto risco e as zonas de risco menos elevado. verificar/registrar as normalidades as mais desfavoráveis, as mais desviantes em relação à curva normal, de conformá-las sobre essa curva normal Através destes cálculos, pode-se

encontrar aquilo que é mais perigoso em relação ao fenômeno em análise. Assim, a terceira noção importante, após o caso e o risco, é a noção de perigo (idem, p.63), agora deslocado para o mundo social. Outra noção importante no dispositivo de segurança é a de crise, como ocorria nas epidemias, exemplo analisado por Foucault, tomada como fenômeno de impulso que se produz de uma maneira regular e que se anula também de maneira regular.

Caso, risco, perigo, crise são noções novas, as quais irão requerer toda uma série de novas formas de intervenções, cujo objetivo, não é exatamente tentar anular a doença de todos os sujeitos nos quais ela se apresenta, ou de impedir ainda que os sujeitos que estão doentes entrem em contato com aqueles que não estão. O sistema disciplinar que se via aplicado nos regulamentos da epidemia, ou ainda, os regulamentos aplicados para as doenças endêmicas como a lepra, tendiam, primeiro, a tratar a doença no doente, em todo doente que se apresentasse, na medida em que ela pudesse ser dominada. Segundo, anular o contágio por isolamento dos indivíduos não doentes em relação àqueles que são doentes. O dispositivo de segurança, ao contrário, não efetua mais essa partilha entre doentes e não-doentes. Ele vai consistir em tomar em consideração o conjunto dos doentes e não doentes, sem descontinuidade, sem ruptura, em suma, a população, e ver nessa população qual é o coeficiente de morbidade provável, ou de mortalidade provável, isto é, aquilo que é normalmente esperado, atacado ou perturbado pela doença. Todo um cálculo de probabilidades ancorado nas estatísticas do século XIX.

O que surge a partir desse momento é a idéia de uma morbidade ou de uma mortalidade normal .É em relação a essa morbidade ou a essa mortalidade dita normal, que vai se tentar chegar a uma análise mais fina que permita deslocar de alguma maneira as diferentes normalidades, umas em relação às outras - fazer os elementos do real jogar entre si, próprio dos mecanismos de segurança. Vai-se ter a distribuição “normal” dos casos de certa doença ou de óbitos em cada idade, em cada região, em cada cidade, nos diferentes lugares da cidade, segundo as diferentes profissões das pessoas. É uma curva normal, global - diferentes curvas consideradas como normais (FOUCAULT, 2008).

Trata-se, pois, de um jogo das normalidades diferenciais, de seu deslocamento e de seu registro uns sobre os outros, objetos sobre os quais, doravante, uma medicina da prevenção irá agir.

Verifica-se, portanto, a emergência de uma tecnologia que é exatamente inversa à disciplina. Nas disciplinas, partia-se de uma norma e é em relação a esse adestramento efetuado pela norma que se podia em seguida distinguir o normal do anormal. Já no

dispositivo de segurança, ao contrário, vai-se ter um reconhecimento de diferentes curvas de normalidade. A operação de normalização vai consistir em permitir o jogo entre essas diferentes distribuições de normalidade, de maneira que as condições mais desfavoráveis sejam reconduzidas às mais favoráveis (FOUCAULT, 2008).

Deste modo, se os sintomas, os sinais e as doenças da medicina anatomoclínica estão localizados no organismo, o fator de risco engloba qualquer estado ou evento a partir dos quais a probabilidade de doença pode ser calculada. Assim, a rede de fatores de risco da Medicina da Vigilância atravessa o corpo em direção ao espaço extra corporal e temporal. Em parte, o novo espaço da doença é a comunidade, um espaço multifacetado que, para além do espaço físico, também engloba, desde o início do século XX, o espaço psicossocial, ou seja, a rede de interações entre as pessoas. Essa ampliação dos domínios da vigilância médica é responsável, entre outras coisas, pela cristalização de conceitos como: atitudes individuais, convicções, cognições e comportamentos enquanto limites para auto-eficácia e ajustamento ao estado de doença. Como conseqüência, as preocupações com aspectos do estilo de vida se tornaram parte das estratégias de cuidado em saúde (ARNEY e BERGEN, 1983; ARMSTRONG, 1995).

O conceito de “paciente crônico”, surgido nessa época, é mais uma peça importante na legitimação desse aparato de vigilância. Assim, quando as fronteiras entre saúde e doença foram apagadas pela ampliação do espaço da doença, criou-se uma situação em que todos se tornaram “doentes crônicos”, reais ou potenciais, e por isso precisam ser tratados como tal. A doença crônica demanda uma prática médica organizada em torno do conceito de administração da doença, realizada por uma "equipe de saúde multidisciplinar", pois só assim será possível abranger todas as dimensões do problema do paciente. Por outro lado, o tratamento da cronicidade demanda também uma mudança na natureza da relação contratual entre médico e paciente, que passa a se configurar como um empreendimento conjunto, no qual o paciente aparece como um colaborador do médico, reforçando assim a co-responsabilização do indivíduo pelos cuidados com a sua saúde (BASZANGER, 1990,1998; ARMSTRONG, 1984; SEYMOUR, CLARK e WINSLOW, 2005).

2.5.1.1. Movimentos paralelos à medicina da dor.

Da tendência crescente de resgate da experiência do doente na prática médica, é importante destacar outra iniciativa médica que aconteceu no Reino Unido paralelamente ao movimento da medicina da dor e que apresenta vários pontos de interseção com ele. Trata-se

do modelo de cuidado aos pacientes terminais iniciado pela médica Cicely Saunders, o qual envolvia em primeiro lugar a administração da fase final da vida reunindo profissionais de vários campos médicos e não médicos, espelhando a idéia de Bonica de uma abordagem multidisciplinar de cuidado em saúde. Em segundo lugar, o modelo propunha uma abordagem "global" do doente, cuja família também era encorajada a participar. Essas duas primeiras características do modelo são derivadas do conceito de "dor total", desenvolvido e cunhado por Saunders na década de 1950, que entendia a dor como um fenômeno clínico que associava mal-estar físico e mental com preocupações sociais, espirituais e emocionais, exigindo assim um conceito holístico de tratamento centrado na situação específica de cada doente. Por fim, uma parte essencial desse trabalho centrava-se no controle da dor, no qual se admitia francamente a administração regular de narcóticos fortes como esquema adequado para assegurar que o doente pudesse manter alguma qualidade de vida nos seus últimos dias (BASZANGER, 1990 e 1998; MELDRUM, 2003).

Tal como Bonica, Saunders defendia a necessidade de controle da dor, particularmente entre os doentes terminais, mostrando a necessidade da administração de opióides de forma regular aos pacientes com dores causadas pelo câncer. Ela defendia que os opióides não eram viciantes se corretamente administrados, que a tolerância não era um problema e, além disso, havia evidências de que o alívio da dor exigia algo mais do que tratamentos médicos. Estas idéias foram adicionalmente desenvolvidas durante os anos seguintes, pois Saunders tomou conhecimento das idéias de Bonica sobre o valor da abordagem multidisciplinar e acumulou uma vasta bibliografia relacionada com os cuidados dos moribundos, levantamentos sobre as contribuições feitas por enfermeiros, médicos, psicólogos, assistentes sociais e agentes de saúde pública em todo o mundo. Ao fazer isso, Saunders efetivamente reuniu diferentes vertentes do trabalho até então separadas e liderou um campo de atividade clínica conhecido inicialmente como "cuidado terminal", mas até meados da década de 1970 cada vez mais redefinido como "cuidados paliativos" (SEYMOUR, CLARK e WINSLOW, 2005).

Nessa modalidade de cuidado, havia uma preocupação em refutar a afirmação de que dor é uma parte inevitável do câncer, uma vez que ela pode ser adequadamente controlada, sendo que a chave para esta abordagem adequada da dor parece residir em dois princípios: uma orientação para a prevenção em lugar do alívio da dor (medicar antes que a dor se instale) e um entendimento pleno das drogas disponíveis e de como utilizá-las corretamente. Isso significa que a administração correta e regular das drogas é regra

fundamental no tratamento da dor neste tipo de paciente e a dor constante precisa de controle constante, pois uma vez instalada uma dor fica severa, tornando-se um antagonista potente ao efeito de qualquer analgésico. Além disso, Saunders alertou a respeito da prescrição incorreta de medicações analgésicas. De modo geral, a prescrição acima da meia vida da medicação e o uso de SOS fazem com que o comportamento do paciente mimetize o comportamento de um dependente de narcóticos. Assim, a administração adequada de opióides deve antecipar-se à angústia e à dor de forma que o paciente não precise pedir alívio constantemente, permitindo a ele esquecer sua dependência da droga e daqueles que a administram, resgatando com isso sua autonomia (CLARK, 1999).

O conceito de "dor total", que implica a inseparabilidade de dor física de processos mentais, é aludido por Cicely Saunders já nas suas primeiras publicações. Para Saunders, a dor persistente se tornou algo indivisível do corpo e da personalidade mais ampla do paciente, incluindo sintomas físicos, angústia, problemas sociais e problemas emocionais. Essa dor multifacetada não pode ser aliviada somente com o uso de analgésicos e exige a mesma análise e consideração que uma doença, corroborando assim as idéias de Bonica sobre as implicações complexas da dor e o valor de uma avaliação multifacetada e também o entendimento da dor crônica como qualitativamente diferente da dor aguda (CLARK, 1999).

> "Tal dor é uma situação e não um evento e o aspecto mais duro desta situação para o paciente é o fato de ele acreditar que ela não tem sentido e é infinita" (SAUNDERS *APUD* CLARK, 1999, pág. 730).

A interação entre estas duas comunidades de prática da dor, a dor crônica e a dor oncológica, é um ponto importante na história do mundo da dor e, embora hoje elas sejam institucionalmente separadas, em termos práticos, elas têm mantido importantes laços.

Ainda sobre os eventos que fomentaram o interesse a respeito da dor, a descoberta dos receptores opiáceos foi outro evento decisivo. Em relação às pesquisas acerca dos opiáceos, até o governo do Presidente americano Richard M. Nixon, esse não era um campo prestigiado de pesquisa, mas sim aquele sobre os antidepressivos. As coisas começaram a mudar quando o Presidente Nixon lançou nos anos 1970 uma campanha contra o consumo de heroína em função do crescimento do consumo de opiáceo nos EUA e entre as tropas americanas no Vietnã. Com essa medida, várias bolsas de pesquisa para o estudo dos efeitos dos opióides foram disponibilizadas, despertando o interesse de vários pesquisadores. Assim, em 1971 David Mayer, Huda Akil e John Liebeskind da *University of Califórnia*, Los Angeles, fizeram estudos em animais, através dos quais descobriram que a estimulação de

determinadas áreas do cérebro provocava analgesia, que era reversível com a naloxona, um antagonista dos narcóticos. Esse experimento apoiava a hipótese de existirem reações neuroquímicas endógenas à dor e estas podiam ser úteis sob o ponto de vista terapêutico. Dois anos depois essa hipótese foi confirmada quando Candace Pert e Solomon Snyder (*Universidade Johns Hopkins*), Simon (*New York University Medical School*) e Ternius (*Universidade de Uppsala, Suécia*) confirmaram a existência de receptores de opiáceos em tecido neural. Tal confirmação levou à descoberta dos ligantes endógenos, pois era extremamente improvável a presença de receptores sem a existência paralela de substâncias endógenas que a eles se vinculassem. Isso significava que se existiam receptores opiáceos, eles não estavam lá apenas para reagir à morfina administrada a partir do exterior do corpo, era muito provável que existisse um efeito funcional desses receptores no próprio sistema nervoso, levando à hipótese de que o sistema nervoso continha substâncias que desempenhavam um papel fisiológico, fixando-se aos receptores (DUARTE, 2005, BASZANGER, 1998; MELDRUM, 2003). Em 1975 Hans Kosterlitz e John Hughes isolaram no encéfalo uma substância com propriedades similares às da morfina. Posteriormente, foi confirmado que os morfinomiméticos endógenos são representados por três famílias de peptídeos[22]: as encefalinas, as endorfinas e as dinorfinas. Muitas interpretações foram propostas para compreender o papel dessas substâncias e o seu envolvimento nos mecanismos da dor. Pesquisas posteriores constataram que havia um número muito maior de receptores opiáceos e receptores endógenos localizados em diferentes partes do sistema nervoso central e que eles tinham um papel a desempenhar em várias funções fisiológicas. A partir disso, os opióides se tornaram um tema popular de investigação em neurociências (DUARTE, 2005; BASZANGER, 1998; MELDRUM, 2003).

2.5.2. Desenvolvimento da medicina da dor após a Teoria da comporta .

Depois do grande interesse gerado pela Teoria do Portão, Bonica, que há quase 20 anos vinha tentando desenvolver o seu projeto de estabelecer um novo modelo de pesquisa e tratamento da dor, ganhou uma nova motivação para agir. Além do interesse gerado por essa teoria, no início da década de 1970 um fato histórico inesperadamente ajudou a fomentar ainda mais o interesse pelo problema da dor, novamente envolvendo o presidente Nixon. Em

---

[22] são compostos resultantes de união entre dois ou mais aminoácidos. Esta união se dá entre o grupo **carboxila** de um aminoácido com o grupo **amina** do outro aminoácido, ocorrendo liberação de uma molécula de água (Reação de Condensação). A ligação que une dois aminoácidos, denomina-se **ligação peptídica** ou **amídica**.

1972, a viagem desse presidente à China despertou o interesse do público em relação ao uso da acupuntura no controle da dor, principalmente porque o repórter do *New York Times,* James Reston, que Viajava com Nixon, recebeu sessões de acupuntura na China depois de ser submetido a uma apendicectomia de emergência. Reston ficou tão impressionado com o alívio da dor pós-operatória que teve com a acupuntura que resolveu escrever sobre o assunto após retornar aos Estados Unidos. Essa publicidade levou a opinião pública americana a desenvolver um grande fascínio e entusiasmo pela anestesia através da acupuntura, tornando sua prática mais generalizada, além de despertar nos leigos e nos pesquisadores a curiosidade a respeito dos mecanismos que estão por trás desse efeito. Como conseqüência, o *National Institutes of Health* começou a liberar subsídios para o estudo da acupuntura. Esse foi praticamente o primeiro subsídio concedido para o estudo de questões relacionadas à dor. Tal movimento em torno da acupuntura também despertou o interesse de Bonica. Ele chegou a ir à China para estudar acupuntura e, em especial, as técnicas de anestesia cirúrgica por acupuntura, tão alardeadas pela mídia. Lá ele descobriu que somente 10% das cirurgias eram realizadas com a ajuda da acupuntura e apenas em pacientes submetidos a uma longa preparação. Muito Embora esse entusiasmo inicial em relação à acupuntura tenha se desvanecido muito rapidamente, ele deu um impulso muito útil ao incremento das pesquisas em dor (MELDRUM, 2003; SEYMOUR, CLARK E WINSLOW, 2005; WHITE e ERNST, 2004; BASZANGER, 1998).

Em 1972 o *National Institute of General Medical Sciences* organizou um simpósio sobre trauma e pediu para que Bonica participasse. Em função do grande sucesso da sua apresentação nesse simpósio, Bonica sugeriu que o Instituto organizasse um simpósio sobre dor. O diretor do Instituto na época pediu para que Bonica organizasse esse simpósio e prometeu o apoio financeiro da instituição. Então, nos dois meses seguintes Bonica começou a organizar uma reunião em Seattle, convidando pesquisadores e clínicos de ponta de treze países diferentes, conseguindo garantir inclusive a participação de Patrick Wall o que era crucial para atrair os pesquisadores. Porém, em janeiro de 1973 houve a mudança de diretoria do Instituto e o novo diretor anunciou que Bonica só iria receber 10% do financiamento prometido. Bonica então recorreu à rede profissional local que ele tinha ajudado a estabelecer, além de vários grupos de indústrias farmacêuticas e de equipamentos médicos e conseguiu, dentre outros, o apoio do decano da Universidade de Washington. Assim, Bonica conseguiu levantar US$100.000 em três semanas. Além disso, três ramos do Instituto Nacional de Saúde concordaram em apoiar o simpósio: o Instituto Nacional de Artrite e Doenças Metabólicas, o

Instituto Nacional de Pesquisa Odontológica e o Instituto Nacional de Ciências Médicas Gerais. E mais, a feliz coincidência da descoberta dos opióides endógenos nesse mesmo ano beneficiou as tentativas de Bonica para reunir as pessoas, pois isso chamou ainda mais a atenção dos pesquisadores para a questão da dor (BASZANGER, 1998).

2.5.2.1. O simpósio.

O primeiro simpósio internacional sobre dor finalmente aconteceu em maio de 1973. Bonica convidou 300 pesquisadores e clínicos que estavam trabalhando ou tinham escrito sobre dor para uma reunião de 3 dias em um convento isolado próximo a Seattle. O objetivo de Bonica com essa reunião era apresentar "a ideologia do mundo da dor", ou seja, os princípios básicos que ainda precisavam ser estruturados para construir uma retórica comum a esse campo. Nesse sentido, a primeira tarefa era definir uma meta ampla o bastante para funcionar como uma armação geral e ter um repercussão maior na sociedade. Essa meta era o alívio da dor, cujas justificativas podem ser resumidas da seguinte forma:

❖ Em primeiro lugar, a existência de uma distinção clara entre dor aguda, que é um sinal de advertência, e sintoma da dor crônica, que é uma forma patológica de dor que inflige tensões emocionais, físicas e econômicas significativas para o paciente, sua família e para a sociedade.

❖ Segundo, a necessidade de reconhecer a dimensão do problema da dor, enfatizando seu custo econômico, que inclui os gastos com serviços de saúde hospitalar, perda de dias de trabalho, queda de produtividade, pagamento de compensações trabalhistas, com muitos desses problemas provenientes do tratamento inadequado da dor.

❖ E por fim, o custo em termos de sofrimento humano. O fato de grande parte dos médicos negligenciar o diagnóstico e o tratamento adequados da dor faz com que os pacientes sejam expostos ao risco elevado de complicações resultantes de iatrogenias terapêuticas ou subtratamento, que leva ao agravamento do quadro.

Bonica aponta três razões para este estado de coisas, que precisam ser observadas e combatidas. Primeiro, a falta de conhecimentos dos médicos em geral a respeito dos mecanismos e da fisiopatologia da dor; segundo, falhas na formação médica, com sua ênfase excessiva na especialização, levando a uma visão estreita no que diz respeito à dor e à incapacidade ou relutância em dedicar tempo e esforço no seu combate, ocasionando assim deficiências no tratamento de pacientes com dor crônica; e por último, problemas de

comunicação entre os clínicos e pesquisadores que se dedicam ao assunto (MELDRUM, 2003; BENEDETTI e CHAPMAN, 2005; BASZANGER, 1998).

O modelo da clínica da dor de Bonica que funcionava na Universidade de Washington foi o que ele apresentou no simpósio de Seattle, como um ponto de referência para a medicina da dor. A clínica da dor que Bonica estava estruturando desde 1953 ganhou um grande impulso após a divulgação da Teoria da comporta. Ele conseguiu em 1967 apoio do *National Institute of General Medical Sciences* para montar um centro de pesquisa em anestesia na Universidade de Washington, o qual se tornaria um local de grande concentração regional e nacional em pesquisa, levando Bonica a promover seu nome no campo da anestesia. Parte da atividade desse centro voltava-se para a dor, particularmente à dor crônica. Assim, os pesquisadores experimentais tiveram a possibilidade real de estabelecer ligações com os pesquisadores clínicos, fazendo com que a dor clínica se tornasse seu campo de investigações. A clínica de Bonica foi o primeiro nicho institucional do mundo da dor, reunindo num só lugar pesquisa, atividade clínica e ensino, tornando-se uma base para a disseminação mais ampla de suas metas e princípios de operação. Basicamente, é esse modelo que ainda funciona até hoje (BASZANGER, 1998)

Em 1973, a clínica de dor de Bonica contava com vinte especialistas das diferentes disciplinas: anestesia, clínica médica, neurologia, neurocirurgia, enfermeiro, dentista, cirurgia, ortopedia, farmacologia, psiquiatria, psicologia, serviço social e cirurgia geral. A clínica organizava-se em três setores: atendimento clínico, ensino e pesquisa, e funcionava em uma estrutura hospitalar. Na época, o coordenador clínico era o próprio Bonica, mas, segundo ele próprio, qualquer médico ou profissional de saúde pode preencher essa função, desde que tenha conhecimento do controle da dor, talentos administrativos e esteja disposto a dedicar o tempo e o esforço necessário a essa tarefa. Isso significa que Bonica não definiu a superioridade *a priori* de uma especialidade na medicina da dor, considerando que qualquer médico ou outro profissional de saúde, contanto que tenha as competências necessárias, pode realizar esse trabalho. Em outras palavras, no contexto de uma estrutura específica de atendimento, a dor não pertence a qualquer especialidade. Os consultores que conduzem os casos podem ser médicos ou não médicos. Quando um profissional não médico fica responsável por um determinado paciente, ele passa a gerenciar o tratamento, ou seja, ele realiza a consulta inicial, organiza as outras consultas e assegura a ligação entre o paciente, o médico de referência que o encaminhou e o grupo como um todo. Além disso, ele também é

responsável por decidir quem da equipe o paciente necessita consultar e se o caso deve ser discutido pelo grupo multidisciplinar (BASZANGER, 1990 e 1998).

Os pacientes só eram admitidos com o encaminhamento de um médico. A primeira seleção era responsabilidade do coordenador e se baseava na carta que acompanhava a solicitação. Caso fosse aceito, o doente era entregue aos cuidados de um médico, escolhido pelo coordenador, a menos que seja solicitado um médico específico, que passa a administrar o tratamento. Antes da primeira consulta, o paciente faz o teste de personalidade MMPI (*Minnesota Multiphasic Personality Inventory*). Na primeira consulta, o paciente deveria levar respondidas duas páginas com perguntas acerca dos antecedentes familiares que lhe eram entregues anteriormente, sendo então consultado pelo profissional indicado para o caso, que colhe uma história detalhada da dor do paciente, incluindo a história médica, familiar, profissional e do ambiente profissional. Segue-se o exame físico detalhado do paciente. Na maioria dos casos, o paciente é sempre visto por um enfermeiro clínico e um assistente social. O responsável pelo caso decide se são necessárias consultas com outros profissionais. Geralmente ocorre uma ou mais visitas a um psicólogo e/ou psiquiatra. Após a primeira consulta podem acontecer duas situações: quando o diagnóstico e o tratamento são muito evidentes, o paciente é enviado de volta para o médico de referência com uma carta em resposta à solicitação de parecer. Quando o diagnóstico não é óbvio, o caso é apresentado na conferência semanal de equipe. Para essa conferência, o caso devia ser cuidadosamente preparado e quatro dias antes todo o pessoal da clínica da dor recebia uma nota relativa aos pacientes a ser discutida. Essa nota deveria ser acompanhada por uma carta dos consultores que viram o paciente, chamando a atenção para determinado ponto a ser discutido. Durante a conferência, o grupo recebe o paciente e um familiar acompanhante. Após a apresentação, o caso é então discutido pela equipe até que seja alcançado um consenso a respeito do diagnóstico e da estratégia terapêutica adequada. Bonica enfatiza ainda a necessidade de organizar o espaço de tal forma que os membros do grupo estejam cara a cara durante os debates, pois segundo ele, isso favorece o trabalho conjunto, evitando o risco de esforços independentes e fragmentados inerentes à tradicional prática médica. Para Bonica, estas conferências eram o ponto culminante da abordagem multidisciplinar que ele pretendia estabelecer para a medicina da dor e por isso tinham que ser muito bem estruturadas, aliás, ele defendia que a existência deste tipo de conferência fosse um dos critérios para que um centro de tratamento pudesse ser classificado como uma clínica da dor. Esse foi o modelo para as

Clínicas da Dor apresentado no simpósio e a partir do qual iriam tentar se desenvolver outras Clínicas.

Segundo Baszanger, o modelo de Bonica organizava-se em torno de dois eixos a partir dos quais o mundo da dor conseguiu se desenvolver e tornar-se realmente operacional. Esses eixos seriam a pesquisa clínica e o eixo medicina-psicologia (BASZANGER, 1990 e 1998).

Em relação à pesquisa clínica, Baszanger afirma: para que um novo grupo profissional possa emergir é necessário que exista um problema comum, onde os indivíduos de diferentes origens profissionais possam se identificar entre si e ao mesmo tempo distinguir-se dos seus grupos originais (p68.). No caso da medicina da dor, esse problema comum é a dor e o seu controle, que por sua vez podem ser desenvolvidos de maneiras diferentes, seja por profissionais clínicos, seja por pesquisadores, mas que são estreitamente interligados. Por essa razão, observa Baszanger, quase metade das palestras do simpósio de 1973 versava a respeito das mais recentes pesquisas de profissionais de diferentes países que já começavam a formar uma comunidade científica em torno do estudo da nocicepção. Contudo, Bonica entendia que era essencial estabelecer ligações entre estes pesquisadores e os clínicos. Esse último grupo estava muito mais disperso em comparação com os pesquisadores.

Segundo Bonica, o campo da dor ainda apresentava questões abertas para futuras pesquisas e as respostas para elas permitiriam não só o aumento do conhecimento sobre as formas através das quais os sinais sensoriais da dor são transmitidos. Elas iriam também moldar as terapias futuras de combate à dor. Portanto, seria tarefa dos clínicos definirem quais os fatores significativos convergentes e relevantes no cotidiano da assistência e, por sua vez, seria tarefa dos cientistas básicos localizar e descrever os sítios destes pontos de convergência e os mecanismos através dos quais essas funções são geradas. Assim, a própria maneira como Bonica organizou o simpósio, convidando os delegados para uma reunião em local isolado por cinco dias e meio, em torno de um único programa, foi uma estratégia para promover o alicerce de um espaço para comunicação ou mesmo a fundação de uma possível comunidade. Segundo ele próprio:

> "O médico teve oportunidade de ouvir os relatórios dos cientistas básicos e os cientistas básicos tiveram a oportunidade de aprender em primeira mão os problemas clínicos que precisavam de uma solução" (BONICA *APUD* BASZANGER, 1998, p. 72).

Em relação ao eixo medicina-psicologia, Baszanger mostra que a Teoria do portão permitiu dotar a entidade “dor crônica” de características específicas que emergiam da interseção entre medicina e psicologia. Nesta nova interseção, para compreender a dor era necessário levar em conta variáveis como: atenção, ansiedade, experiências passadas, etc. Destaca-se que são essas mesmas variáveis que fazem da dor crônica um fenômeno extremamente subjetivo. Também resulta deste eixo medicina-psicologia, a assertiva de que a principal razão pela qual a dor crônica é uma dor resistente às terapias normalmente efetivas é o fato dela não poder ser reduzida a um raciocínio direto de lesão e resposta. Mais uma vez Baszanger destaca a dinâmica do simpósio de 1973, mostrando que uma das suas características mais surpreendentes foi o lugar reservado às abordagens "psicológica e psiquiátrica" no tratamento da dor, em face da orientação predominantemente científica do evento. Isso demonstrava uma mudança na maneira de conceber a dor e na sua administração, que se desenvolveram em três sentidos: primeiro, a fundamentação geral das abordagens psicológicas em conhecimentos científicos; segundo, a redefinição das metas do tratamento da dor à luz deste conhecimento; e por último, a abertura para uma representação específica da dor crônica como distinto da dor aguda (BASZANGER, 1990 e 1998).

2.5.2.2. A Dor como comportamento

Em relação à fundamentação das abordagens psicológicas em conhecimento científico que redefine as metas do tratamento da dor, tem-se que esse elemento se baseia em grande parte no modelo apresentado por Melzack no simpósio, o qual tinha sido proposto por ele e Casey em 1968 como uma extensão da Teoria do portão (Figura 8) Melzack destaca que ao contrário da Teoria da Especificidade, a dor não era mais vista só como uma experiência sensória e então descreveu um modelo conceitual para a dor que é determinado por três sistemas paralelos, quais sejam, o sistema do portão, o sistema afetivo- motivacional e o sistema sensório-discriminativo. Esse modelo propõe que existe uma seleção e modulação dos estímulos sensoriais através do sistema de projeção neospinotalâmico que fornece as bases neurológicas da dimensão sensório-discriminativas da dor através do sistema do portão. Do mesmo modo, a ativação das estruturas reticulares e límbicas estaria por trás dos componentes motivacionais e de afeto desagradável que impelem o organismo à ação. E, por fim, os processos neocorticais ou superiores do sistema nervoso central, como por exemplo, a avaliação em termos de experiência passada, exercem controle sobre a atividade dos sistemas discriminativos e motivacionais.

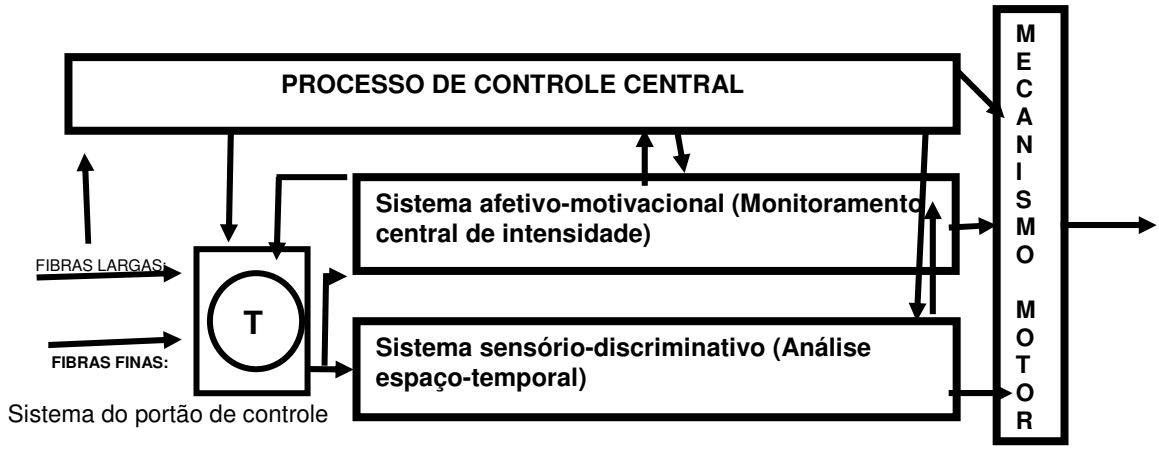

Figura 8 - Modelo Conceptual de Melzak E Casey (1968) -) :A saída das células T do sistema do portão controle projeta-se para os sistema sensorio-discriminativos (via fibras neoespinotalamicas) e para o sistema afetivo-motivacional (através do sistema paramedial ascendente). O controle central de ativação é representado por uma linha traçada a partir sistema central de controle de processos fibras grandes; Estes, por sua vez, projetam de volta ao sistema do portão de controle, e aos sistemas sensório-discriminativo e afetivo-motivacional. Todos os três sistemas interagem uns com os outros, e projetam-se para o sistema motor.

Portanto, essas três categorias de atividade interagem para prestar informações perceptivas sobre a localização, magnitude e propriedade temporo-espaciais do estímulo nocivo e todas as três poderiam influenciar o mecanismo motor responsável pelo complexo padrão de respostas que caracterizam a dor. Assim, a dor seria um sistema complexo de interação entre componentes sensório-discriminativos, motivacionais e cognitivos, de maneira que não seria cientificamente justificável buscar o controle da dor atuando apenas no primeiro sistema. Seria preciso, portanto, descrever o problema em novos termos. No lugar de abolir a dor, a meta seria reduzi-la a níveis toleráveis, ensinando os pacientes a conviver com a sua dor. Para tal, seriam necessárias novas abordagens psicológicas que pudessem levar em conta os componentes motivacionais e cognitivos, para assim alcançar este objetivo. Melzack apresenta ainda uma lista desses métodos para controle psicológico da dor: sugestão hipnótica, condicionamento operante (reduzir a freqüência do padrão de comportamento ligado à dor), técnicas que permitam ao paciente desenvolver um estado de espírito que ajude a lidar com a dor (distrair a atenção ou alterar o significado da dor), e técnicas psicoterápicas ou farmacológicas para tratar a depressão. Estas devem ser empregadas em conjunto com outras técnicas, adaptadas a cada caso e no âmbito de uma estrutura especializada que seja capaz de assegurar a correta avaliação deste fenômeno complexo. Isso significa um lugar onde os especialistas pudessem atuar para resolver os problemas de dor trabalhando de maneira interdisciplinar. Estas técnicas foram fundamentadas não só cientificamente, mas também em um espaço específico - as Clínicas da Dor (BASZANGER, 1990 e 1998).

Nesse sentido, Baszanger destaca que o ponto mais importante não se refere às técnicas psicológicas em si mesmas utilizadas no tratamento da dor, mas na forma como a dor crônica foi definida como um comportamento e ao mesmo tempo como um estado patológico. O comportamento de dor crônica é descrito como tão patológico quanto a dor no membro fantasma, a dor visceral ou a dor de cabeça. Se a teoria de Melzack tinha feito a distinção entre dor aguda e crônica, baseada nos inúmeros fatores que determinam a dor crônica, a partir de agora se atribuiria à dor crônica características especiais próprias. Um personagem chave nessa transformação foi o psicólogo Wilbert E. Fordyce (BASZANGER, 1990 e 1998).

Fordyce trabalhava no Departamento de Medicina de Reabilitação da Universidade de Washington, Seattle, e vinha participando das conferências semanais da clínica da dor de Bonica desde 1964. No início da década de 1970, Fordyce e seus colaboradores introduziram o condicionamento operante no tratamento da dor crônica. Ele foi um dos primeiros behavioristas radicais a abordar especificamente a dor. Em 1968, ele publicou o artigo *Some implications of learning in problems of chronic pain* no *Journal of chronic disorders,* cujo interesse principal era identificar de que forma o comportamento de dor era modelado na relação do indivíduo com o ambiente, isto é, o papel do reforçamento operante (BASZANGER, 1990 e 1998).

Para explicar a especificidade da dor crônica, Fordyce baseia-se na hipótese do condicionamento operante de Skinner. O modelo Skinneriano propõe que uma resposta comportamental é controlada pelas suas conseqüências favoráveis ou desfavoráveis. Assim, um determinado comportamento pode ser reforçado, dependendo se suas conseqüências são benéficas ou não, sendo que um reforço não é necessariamente sinônimo de recompensa. Reforçar significa consolidar um comportamento. Assim, o reforço é qualquer evento, cuja ocorrência ou evitação, aumentam a probabilidade de um determinado comportamento ocorrer. A ausência de reforço leva à extinção do comportamento. Enfim, as conseqüências favoráveis (reforço positivo) ou evitação ou cessação de conseqüências desfavoráveis ou aversivas (reforço negativo) do comportamento podem funcionar como fatores de perpetuação desse comportamento. Para Fordyce, a noção de condicionamento operante tem papel primordial no entendimento do comportamento dos pacientes com dor crônica, independente de qualquer fator biológico (BASZANGER, 1990 e 1998).

Assim Fordyce, considerando a proposição de Skinner, propõe um modelo explicativo da dor que identifica o componente sensorial da dor ao comportamento respondente, ou seja, uma resposta a um estímulo; e, por outro lado, identifica o componente

psicológico ao comportamento operante, ou seja, a resposta de dor sendo seguida por uma conseqüência reforçadora. Desse modo, o autor considera que primeiro a dor é relacionada a um estímulo, por exemplo, um machucado. Enquanto esta associação existe, a dor é comportamento respondente. Se a dor prolonga-se, ela pode ser correlacionada com outros estímulos ambientais que ocorrem depois de seu início, caracterizando a relação resposta-conseqüência, com a possibilidade da dor operante se desenvolver (MELDRUM, 2003; VANDENBERGHE, 2005).

Outro ponto importante no modelo de Fordyce para a construção teórica da medicina da dor é a separação que ele opera entre "dor" e “comportamento de dor”, afirmando que a presença de nocicepção não determina necessariamente o comportamento apresentado. Essa separação conceitual é o ponto crucial do modelo geral de Fordyce para lidar com pessoas que se queixam de dor no contexto clínico. No simpósio de 1973, Fordyce apresentou esse modelo contrastando-o com o modelo médico convencional. Segundo ele, no modelo médico tradicional os indicadores da doença são os sintomas, que por sua vez são controlados por uma patologia subjacente. Assim, a estratégia diagnóstica deste modelo limita-se a identificar e combater a patologia subjacente, tratando assim a causa e não os sintomas. Já o modelo comportamental é ancorado na tese de que o comportamento é aprendido e assim ele está sujeito a influências ou está sob o controle de fatores da aprendizagem. Nesse modelo de doença, o sintoma é um comportamento aprendido, e visto que o comportamento é, em grande medida, regulado ou "controlado" pelas conseqüências ambientais, para que se possa ajudar uma pessoa a mudar este comportamento não se deve investir na patologia subjacente, mas sim na modificação das conseqüências do comportamento. Fordyce coloca ainda que essa abordagem de modificação de comportamento, que advém das ciências comportamentais, contrapõe-se também à tese da psicanálise de que o comportamento seria a face aparente da personalidade que é na sua maior parte oculta (BASZANGER, 1990 e 1998; TURK, 1997)

Assim, na abordagem proposta por Fordyce, um paciente com um problema de dor é aquele que está exibindo um comportamento de dor, o que coloca a questão do diagnóstico sobre outra óptica. Isso porque substitui a questão “qual é a patologia subjacente?” por outra “que fenômenos controlam o comportamento de dor?”. Ou seja, nessa nova visão, tem-se uma avaliação da relação entre a ocorrência do comportamento de dor e as conseqüências desse comportamento no ambiente do paciente, investigando o que acontece no entorno do paciente quando ele tem e quando ele não tem dor (BASZANGER, 1990 e 1998; TURK, 1997)

O comportamento de dor de uma pessoa pode ser direta e especificamente reforçado por fatores como descanso, atenção ou o uso de medicamentos. Usando o princípio da aprendizagem aversiva, Fordyce afirma que o comportamento de dor se desenvolveu ao longo do tempo como uma estratégia para evitar a dor, mas posteriormente o comportamento não exige mais a presença da dor para continuar acontecendo. Por exemplo, a pessoa deixa de fazer atividades físicas para não correr o risco de ter dor, com o tempo o medo de sentir dor é o que mantém o comportamento de não fazer atividades físicas. Ainda para Fordyce, para compreender o comportamento de dor não é necessário conceber uma personalidade patológica pré-morbida facilitadora, assim como não há necessidade de fazer qualquer juízo sobre a "veracidade" da dor, uma vez que a manifestação de dor do paciente não está necessariamente ligada à presença de um estímulo nociceptivo, sob a forma de uma patologia orgânica. Tanto os sinais de dor como o comportamento de dor de um paciente podem acontecer porque eles são reforçados positivamente ou porque eles constituem a evitação de algum evento adverso como a própria dor ou ainda outras situações nocivas (BASZANGER, 1990 e 1998; TURK, 1997).

Em relação ao tratamento da dor, para Fordyce, a abordagem terapêutica comportamental vai utilizar-se de certas técnicas para modificar o comportamento agindo sobre o mecanismo do "condicionamento operante". Essas técnicas baseiam-se em três estratégias que são utilizadas simultaneamente. A primeira consiste em reduzir o comportamento de dor através da supressão de reforços positivos; a segunda refere-se ao aumento da atividade ou comportamento considerado "saudável", este é sempre comportamento incompatível com o comportamento de dor; por último, é necessário trabalhar sobre o ambiente natural do paciente, para que se possa modificar as conseqüências ou contingências do comportamento saudável ou doente, a fim de perpetuar os ganhos terapêuticos alcançados (BASZANGER, 1990 e 1998)

Baszanger destaca que o entendimento da dor como um comportamento, proposto por Fordyce, foi rapidamente incorporado nesse momento de estruturação da medicina da dor em função de sua cientificidade. Foi justamente essa característica que possibilitou que tal modelo tivesse um papel estratégico na aceitação por parte da medicina científica de uma abordagem da dor que era tão diferente da abordagem familiar baseada exclusivamente em elementos orgânicos. A autora ainda cita outras leituras psicológicas para o paciente com dor crônica que surgiram paralelamente, mas que não foram tão bem aceitas, como por exemplo, a tese do psicólogo Richard_ Steinbach que propunha uma análise transacional dos "jogos de

dor" entre médicos e pacientes. Ressalta-se, no entanto, que sua teoria sobre os “jogos de dor” não foi bem aceita, contudo foi a Teoria da Aprendizagem de Steinbach aquela incorporada ao tratamento da dor, como será discutido nos próximos parágrafos. Para esse autor, para compreender e tratar qualquer paciente é preciso analisá-lo a partir de pelo menos três pontos de vista: neurológico, psicodinâmico e interpessoal ou transacional. No que diz respeito aos pacientes com dores crônicas, esse último aspecto era de vital importância, visto que, para Steinbach, com os muitos avanços da medicina na compreensão da neurofisiologia da dor e as inúmeras técnicas advindas dessas descobertas, tinha-se como conseqüência o fato de que os pacientes com dor crônica não se conformariam com a irreversibilidade da sua situação. Eles continuariam a exigir dos médicos um alívio que eles são incapazes de fornecer. Esse descompasso entre as expectativas dos pacientes e as possibilidades reais dos médicos criaria um tipo de relação médico-paciente permeada por muitos sentimentos de descontentamento, frustração e raiva. Para Steinbach, na terapêutica desses pacientes, o que se deve observar é a interação entre o médico e o paciente e o comportamento de dor nesse contexto, pois a dor é uma forma de manipulação interpessoal e de controle que se manifesta através dos "jogos de dor", que são jogados para "preservar a identidade". Steinbach considerava que a experiência pessoal de uma dor contínua fazia com que a pessoa passasse a perceber-se como um inválido crônico e uma pessoa sofredora, construindo para si como que uma nova identidade baseada nessa auto-definição. A partir disso, as ações e interações do indivíduo passam a ser projetadas para confirmar esta identidade (ou auto-conceito) e assumem a forma de jogos concebidos para manter essa identidade. Os estilos de “jogos” empreendidos ao longo do tempo acabam por transformar-se em um estilo de vida. Steinbach afirma que os estilos de jogos que regem as relações do indivíduo vão definir tipos de doentes: os pacientes profissionais, o toxicodependente, os confusos, etc. Para Steinbach, os profissionais de saúde que lidam com pacientes com dores crônicas precisam se concentrar no comportamento real do doente ao invés de se prender à intenção declarada por ele, além disso, precisam também analisar atentamente os ganhos que o paciente tem por estar com dor (BASZANGER, 1990 e 1998)

Steinbach também defendia que as percepções fisiológicas e afetivas da dor são respostas aprendidas do sistema nervoso que interagem com os comportamentos aprendidos do indivíduo para fazer frente a experiências dolorosas. A teoria de Steinbach, que ficou conhecida como teoria da aprendizagem da dor, além de ajudar a fortalecer a abordagem terapêutica baseada em reaprendizagem ou condicionamento, também influenciou uma das

principais mudanças conceituais em relação à primeira formulação de Bonica de 1954, que a abordagem comportamental ajudou a desenvolver. Refere-se às bases da conceituação a respeito da dor crônica e sua especificidade. Essa alteração significou a substituição do conceito de dor crônica, que era considerado arbitrário, pois se baseava apenas na duração do evento, por outro que se fundamenta em diferenças observáveis e mensuráveis no comportamento, baseado numa perspectiva fisiológica. Esse novo conceito baseia-se no princípio de que a duração da dor impõe ao organismo uma mudança nos seus padrões de respostas fisiológicas pela habituação das respostas simpáticas, ocasionando o aparecimento de sinais vegetativos como distúrbios do sono, alterações no humor, na atividade motora e no apetite. Estes padrões geram o comportamento característico do paciente com dores crônicas, assim como outros sintomas que costumam acompanhar esses quadros. Assim, a distinção entre a dor crônica e a dor aguda, que enfatiza a natureza utilitária da dor aguda como sinal de um dado orgânico, em contraposição à natureza negativa da dor crônica, foi se estabilizando na maioria das publicações sobre o assunto, fazendo com que a dor crônica passasse a ser apresentada com base em elementos específicos e não apenas por oposição à dor aguda. Tanto é assim que na segunda edição do livro da dor de Bonica *The Management of Pain* de 1990, a dor crônica já aparece claramente como uma entidade completamente distinta, sendo que um capítulo inteiro é dedicado a sua apresentação (BASZANGER, 1990 e 1998)

Contudo, o condicionamento comportamental no tratamento da dor defendido por Fordyce foi com o tempo substituído por uma abordagem híbrida composta por métodos e técnicas provenientes de algumas abordagens terapêuticas que se desenvolveram a partir da Teoria Comportamental Clássica. Essa abordagem tem como base a Terapia Cognitiva Comportamental (Beck,1982) acrescida de conceitos e técnicas da Análise Aplicada do Comportamento[23] e da Análise Clínica do Comportamento[24]. Segundo o psiquiatra norte americano Dennis Turk, principal autoridade em teoria cognitivo-comportamental adaptada à

---

[23] A Análise Aplicada do Comportamento (AAC) é o processo pelo qual se aplicam os princípios do comportamento em um ambiente social e se avalia se foi o procedimento utilizado que produziu as mudanças observadas. Seu objetivo é buscar variáveis que efetivamente melhorem comportamentos-alvo, ou seja, aqueles socialmente relevantes para a sociedade em que o trabalho está sendo executado (BAER, WOLF, E RISLEY, 1968)

[24] **Terapia Analítico-Comportamental** ou **Análise Clínica do Comportamento** é o nome dado à psicoterapia fundamentada na filosofia Behaviorista Radical e esta considera o ambiente a variável principal para o surgimento e manutenção dos problemas emocionais, psicológicos e comportamentais. **Entende-se por ambiente** toda e qualquer circunstância vivida, podendo ser uma situação, relacionamentos, comportamentos ou qualquer outro fator ambiental. **A proposta** desta terapia é identificar e alterar os fatores ambientais que estão sendo responsáveis pela instalação e manutenção dos problemas apresentados pelo Cliente, em terapia (BAER, WOLF, E RISLEY, 1968)

dor crônica, o conceito de condicionamento operante, de Skinner é limitado para o entendimento do paciente com dores crônicas, uma vez que não leva em consideração as avaliações do paciente sobre a sua dor. O autor baseia essa crítica na premissa da terapia comportamental de que as pessoas, na sua interação com o ambiente, são processadoras ativas de informações e não simplesmente receptoras passivas (TURK, 1997; VANDENBERGHE, 2005; BECK, 1981).

A terapia cognitiva foi criada na década de 1960 pelo psiquiatra norte-americano Aaron Beck, passando a denominar-se Terapia Cognitivo-comportamental (TCC) quando foram a ela incorporadas algumas técnicas da Terapia Comportamental Clássica. Assim, ao contrário da teoria comportamental, a TCC propõe que as emoções e comportamentos não são simplesmente influenciados por eventos e acontecimentos e sim pela forma através da qual processamos, percebemos e atribuímos significados às situações. Essa abordagem baseia-se na premissa de que, a partir da experiência pessoal, o indivíduo forma pressupostos sobre si mesmo, sobre as outras pessoas e sobre o mundo (crenças centrais). Tais pressupostos formam o sistema individual de valores e crenças, gerando atitudes e expectativas (crenças intermediárias) diante das situações. Então, esses elementos cognitivos fundamentais funcionam como pressupostos que vão guiar a leitura da realidade, embasando assim as interpretações das experiências atuais, as previsões sobre eventos futuros ou lembranças de fatos passados. Isso dispara um padrão de reações emocionais, fisiológicas e comportamentais diante das situações. A TCC foi rapidamente aceita no campo da assistência em dor em razão da sua afinidade com o método científico e por sua menor duração, já que é uma abordagem mais focal (TURK, 1997; VANDENBERGHE, 2005; BECK, 1981).

Ainda segundo Turk, a perspectiva cognitivo-comportamental para a dor crônica assume que tais pacientes apresentam problemas para se adaptar à dor crônica e, assim, reagem porque acreditam que a dor dificulta a sua capacidade para participar de atividades e que são impotentes diante dessa situação. Citando Turk:

> "Elas têm expectativas negativas sobre suas próprias capacidades e responsabilidades no controle da sua dor. Elas freqüentemente se vêem como desamparadas. Assim, a avaliação mal adaptativa e negativa sobre a sua condição e sua eficácia pessoal em controlar a sua dor, além dos problemas associados com ela, servem para reforçar sua experiência de desmoralização, inatividade e a hiperreatividade ao estímulo nociceptivo" (Turk, 1997, pág.146)

As técnicas cognitivo-comportamentais na dor crônica visam, portanto, ajudar a pessoa a perceber que ela é capaz de controlar em parte a sua dor, podendo tornar-se mais

ativa, desenvolvendo competências para responder de forma mais adaptativa às situações. Assim, a ênfase está no ensino de competências para fazer frente a situações adversas relacionadas à dor e promover a adaptação.

Outro aspecto importante é o fato de que essa tendência mais próxima à psicologia identifica uma “síndrome de dor crônica” que especifica um grupo de indivíduos fora da massa dos indivíduos afetados pela dor, isto é, aqueles sujeitos que não conseguem se adaptar à situação de ter que conviver com a dor. A linha divisória dessa categoria, então, baseia-se na idéia de adaptação. Isso porque o trabalho de Fordyce e Steinbach criou a possibilidade de associar no nível teórico a dor crônica e o comportamento numa categoria que se refere a uma forma particular de sofrimento. Essa categoria é o "comportamento de dor", que independe dos aspectos sensoriais da dor.

> (...) comportamento de dor é o nome dado a um comportamento operante, tipicamente exemplificado por expressões faciais sofridas, posições corporais tensas, automedicação e queixas. O comportamento de dor é sujeito a reforço natural (Ex: uma diminuição temporária de estimulação aversiva) ou social (Ex: receber atenção ou ser isento de responsabilidades ou tarefas). O comportamento de dor do paciente por sua vez afeta o comportamento das pessoas que constituem seu ambiente social. Comportamentos de esposas, filhos ou profissionais de saúde, como exigir algo do paciente ou negar pedidos dele, podem ser punidos por um aumento do comportamento de dor. Deixar o paciente em paz e atender às solicitações dele pode ser reforçado por uma diminuição temporária do comportamento de dor (VANDENBERGHE, 2005, pág. 50).

Essa abordagem molda um grupo particular de síndromes de dor crônica de origem psíquica, repartida em tópicos distintos na classificação da IASP (ver anexo 1) (TURK, 1997; VANDENBERGHE, 2005)

As pesquisas clínicas em dor mostram que em problemas refratários ao tratamento padrão para a dor estes programas cognitivo-comportamentais têm efetividade na melhoria do humor e da funcionalidade e na redução dos níveis de dor e de incapacidade. Mas alguns observadores do assunto, incluindo Baszanger, criticam tais programas, alegando de modo geral que eles transferem a responsabilidade terapêutica para o doente, que para obter alívio da dor terá de alterar a sua cognição e comportamento. Esse conceito de “comportamento de dor” ou de “síndrome de dor crônica” de certo modo aproxima-se do conceito advindo da sociologia de Talcott Parsons e desenvolvido por David Mechanic de “comportamento de doença”. Esse conceito insinua a existência de um comportamento de doença padrão que corresponderia ao comportamento satisfatório e esperado de adaptação. Esse processo de adaptação parte do princípio de que o indivíduo recebe e aceita o “papel de doente" que lhe é

socialmente imposto, seguindo um determinado curso no seu processo de adoecimento (MELDRUM, 2003; BASZANGER, 1990 e 1998).

Para Baszanger, em sua análise dos trabalhos citados acima, o fortalecimento da idéia de que existe um comportamento específico por parte das pessoas que sofrem de dor crônica e que ele pode ser identificado e modificado abre o campo da medicina da dor definitivamente para a psicologia clínica. Além disso, tal perspectiva forneceu um apoio adicional ao empenho de Bonica em definir a dor crônica como uma entidade independente.

2.5.2.3. International Association for the Study of Pain (IASP)

O encontro de Seattle foi a oportunidade ideal para Bonica lançar a idéia de uma organização para o estudo da dor. Assim, ao final da sessão de encerramento, todos os participantes concordaram em fundar uma organização profissional e multidisciplinar dedicada ao estudo e tratamento da dor denominada IASP (*International Association for the Study of Pain*). Assim, a IASP foi lançada oficialmente em 9 de maio de 1974. Nessa ocasião também foram formadas três comissões para ajudar a tornar este projeto uma realidade. A primeira comissão ficou responsável pela organização formal (os estatutos e critérios, etc.); a segunda comissão presidida por Wall ficou responsável pela criação de um periódico; a terceira, dirigida por Denise Albé-Fessard, uma médica fisiologista francesa, ficou encarregada de preparar o programa científico para o primeiro congresso, marcado para setembro de 1975 (NETO e CASTRO, 2009; BASZANGER, 1990 e 1998).

Como resultado desse movimento inicial, o Periódico oficial da IASP, o *Pain*, foi publicado pela primeira vez em 1975, tendo Wall como editor. Nesse mesmo ano houve uma grande campanha de adesão voltada à sociedade, cuja resposta foi rápida e maciça. O número de membros subiu de 350 em 1973, para 1.575 membros em 1975, contando com representantes de cinqüenta e cinco países e oitenta domínios de investigação clínica ou disciplinas. O Primeiro Congresso Mundial de Dor aconteceu em Florença, Itália. Nessa ocasião, Denise Albé-Fessard foi eleita a primeira Presidente da IASP. Nessa mesma ocasião elegeu-se também Bonica para ser o próximo presidente.Várias comissões importantes foram formadas nesse congresso, como a de Taxonomia e a de Ética. O tema desse primeiro congresso foi "A modulação da dor", cuja escolha objetivava reunir pessoas de diferentes disciplinas e promover a comunicação entre pesquisadores e clínicos. Decidiu-se que ocorreria um Congresso Mundial de Dor a cada três anos. Ainda na primeira década de existência da IASP, foram criados 11 capítulos (filiais) nacionais e regionais.

Em função das pesquisas clínicas estimuladas pelo desenvolvimento da medicina da dor, novas perspectivas para o alívio da dor foram surgindo e técnicas já consagradas ganharam reconhecimento e se desenvolveram. É o caso da estimulação nervosa transcutânea (TENS) e o uso da acupuntura para alívio da dor, que cresceram nas décadas de 1970-1980, com a evidência de que a sua analgesia estaria ligada à liberação de peptídeos opióides endógenos, além de funcionarem como métodos de contra estimulação de acordo com a teoria da comporta (NETO e CASTRO, 2009).

Com o desenvolvimento da medicina da dor, que se preocupou inicialmente com os pacientes portadores de síndromes dolorosas crônicas, os campos de pesquisa e de prática começaram a ampliar-se. Assim, paralelamente ao atendimento de pacientes com dores crônicas originadas por doenças com evolução benigna, receberam grande atenção os pacientes com câncer ou outras patologias em um estágio cujas possibilidades terapêuticas curativas estavam esgotadas. Deste modo, ampliaram-se também os Serviços de Cuidados Paliativos, que tratavam não só a dor, mas outros sintomas relacionados à deteriorização da qualidade de vida desses indivíduos. Foram incluídas nesse grupo de doenças a esclerose múltipla, a AIDS (síndrome da imunodeficiência adquirida), a lesão raquimedular, entre outras. Desse modo, é muito comum o funcionamento conjunto de clínicas de dor e de cuidados paliativos num mesmo espaço. Seguindo em outra direção, o interesse de alguns profissionais voltou-se também para os pacientes com dor aguda. Nessa categoria, começaram a ser atendidos pacientes com dor pós-operatória secundária a traumas. Criaram-se então, em muitos hospitais, os Serviços de Controle da Dor Aguda, assim como as Clínicas da dor que funcionavam em hospitais, passaram a prestar esse tipo de assistência (GOZZANI, 2009; NETO e CASTRO, 2009).

O desenvolvimento da medicina da dor foi acelerado nas décadas de 1970-1980. Segundo pesquisa de Le Roy, na década de 1970 havia 18 centros de dor em operação nos Estados Unidos. Na década de 1980 houve grande expansão, aumentando de 273, em 2004, para 1.500 centros em 1987 (LE ROY Apud CSORDAS E CLARK, 1992). Esse desenvolvimento teoricamente seguia as orientações apresentadas no simpósio de Seattle, as quais se baseavam nas propostas de Bonica e nas novas possibilidades abertas pela Teoria do portão. Mas na prática, as diversas clínicas da dor que surgiam iam tomando forma através de grupos locais e com pessoas de diferentes origens e em formações diversas. Assim, foi a natureza específica destes agrupamentos singulares que direcionou a prática que seguiu por diferentes caminhos. Certas clínicas ainda falhavam em adotar o modelo multidisciplinar e

multimodal de Bonica, organizando-se muitas vezes em torno de uma única patologia dolorosa ou técnica. Desse modo, a idéia inicial das clínicas da dor corria o risco de dispersar-se em práticas distintas. Em função disso, a questão de saber o que realmente estava acontecendo em relação ao desenvolvimento do mundo da dor e a necessidade de regulamentar esse tipo de prática começou a ser levantada, especialmente por causa da preocupação de que essa desorganização pudesse ser prejudicial para a causa geral. Como resultado dessa preocupação, foi iniciado um processo para definir melhor os contornos da especialidade através de sistematizações como a criação de uma taxonomia oficial da dor crônica e da sistematização das regras de organização das clínicas da dor (CASTRO, 2009).

Assim, em relação ao primeiro item, em 1986, a subcomissão de taxonomia da IASP lançou um suplemento da revista *Pain* de 226 páginas chamado "*Classificação da Dor Crônica: Descrição das Síndromes de Dor Crônica e Definição de Termos de Dor*". Os elaboradores dessa classificação tinham algumas preocupações em mente ao empreender essa tarefa.

Primeiro, eles precisavam encontrar uma definição de dor que pudesse ser aceita por todos os diferentes grupos que faziam parte da medicina da dor, além disso, essa definição tinha que refletir e promover uma nova representação da dor. O problema era encontrar uma definição sucinta para a dor, mas que ao mesmo tempo expressasse um fenômeno de múltiplas dimensões. A definição adotada foi a adaptação de uma definição do psiquiatra canadense Harold Merskey que fazia parte da comissão de taxonomia. Após as modificações, a definição de dor ficou assim: *"Dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável associada com dano de tecido atual ou potencial, ou descrita em termos de tal dano"*. Essa definição ainda é acompanhada de uma observação adicional bastante esclarecedora de Bonica:

> A dor sempre é subjetiva. Cada indivíduo aprende a aplicação da palavra através de experiências relacionadas com lesões no início da vida. Os Biólogos reconhecem que os estímulos que provocam dor são susceptíveis de provocar dano tecidual. Assim sendo, a dor é essa experiência que nós associamos com dano tecidual real ou potencial. É sem dúvida uma sensação numa parte ou partes do corpo, mas também é sempre desagradável e, portanto, também uma experiência emocional. Experiências que se assemelham à dor, por exemplo, picada, mas não são desagradáveis, não deveriam ser chamadas de dor. Experiências anormais desagradáveis (disestesia) também podem ser entendidas como dor, mas não necessariamente, porque subjetivamente elas podem não ter as qualidades habituais da dor. Muitas pessoas relatam dor na ausência de danos nos tecidos ou qualquer causa fisiológica provável, geralmente isso acontece por motivos psicológicos. Normalmente não há como distinguir essa experiência de outra provocada por danos nos tecidos, se levarmos em consideração a

> descrição subjetiva. Se a pessoa considera a sua experiência como sendo dor e se ela informa isto da mesma maneira que informaria uma dor causada por dano no tecido, ela deve ser aceita como dor. Esta definição evita amarrar a dor ao estímulo. A atividade induzida nos nociceptores ou nos percursos nociceptivos por um estímulo nocivo não é dor, a dor é sempre um estado psicológico, mesmo que muitas vezes a dor tenha uma causa física (BONICA APUD BASZANGER, 1990, pág.86- 87).

Essa definição apresenta a dor mais como uma experiência do que uma sensação, colocando assim o indivíduo em primeiro plano, o que legitima um lugar para as abordagens psico-comportamentais ao lado da abordagem fisiológica. Mas por outro lado, em razão de sua amplitude, ela acaba por abarcar uma gama muito ampla de experiências, dificultando assim a definição da especificidade da dor crônica.

O segundo desafio da tarefa de criar uma taxonomia para o mundo da dor era decompor a dor crônica em síndromes. O objetivo dessa classificação era bem pragmático: visava orientar a prática médica e vinculava-se ao mosaico de especialidades envolvidas no tratamento da dor. Nesse sentido, segundo Merskey no congresso mundial de 1982:

> **“ ... necessidade de classificação no campo da dor (...) não se propõe a dar conta da impossível tarefa de dominar todas as disciplinas que são relevantes para a dor, mas ela deve ser capaz de reconhecer as síndromes dolorosas e orientar os profissionais a obter ajuda nas fontes certas quando os pacientes os procurarem (...) Os termos mais comumente usados são geográficos(...) implicam um sistema e também uma formulação física (...) o sistema de Bonica é um excelente sistema de classificação(...) Região, sistema e etiologia são as questões que naturalmente formulamos aos pacientes: Onde dói? Essa sensação parece o que (pista para o sistema de etiologia)? Etc. (MERSKEY APUD BASZANGER, 1990, pág. 87-88).**

Então, a escolha da IASP que orienta a taxonomia oficial do mundo da dor atualmente segue as orientações que aparecem na segunda edição do livro de Bonica de 1990 (ver o índice do livro em anexo), cuja segunda parte é dedicada às síndromes dolorosas que aparecem relativamente generalizadas através da etiologia, separando apenas a dor crônica de origem “psicológica” ou “psicossocial”. Essa classificação é construída em torno de 5 eixos : região acometida, o sistema envolvido, a característica temporal da dor, a intensidade da dor relatada pelo doente e a etiologia da dor (Anexo 1).

Esta classificação que se baseia na segunda edição do livro de Bonica, com ênfase na origem e na localização da dor, a qual inclui, inclusive, a oposição entre origem física e psíquica, é semelhante à abordagem médica clássica e reflete a divisão das especialidades médicas. Por outro lado, na sessão sobre a evolução do paciente com dor, essa é descrita como

um fenômeno de natureza multidimensional e a dicotomização mente-corpo é diretamente criticada. Nessa mesma sessão, o modelo operacional utilizado para apresentar a dor é o modelo do neurocirurgião John Loeser, um dos co-autores desta segunda edição. Esse modelo é representado por um diagrama que consiste em quatro círculos concêntricos que representam a nocicepção, dor, sofrimento e comportamento de dor (Figura 9).

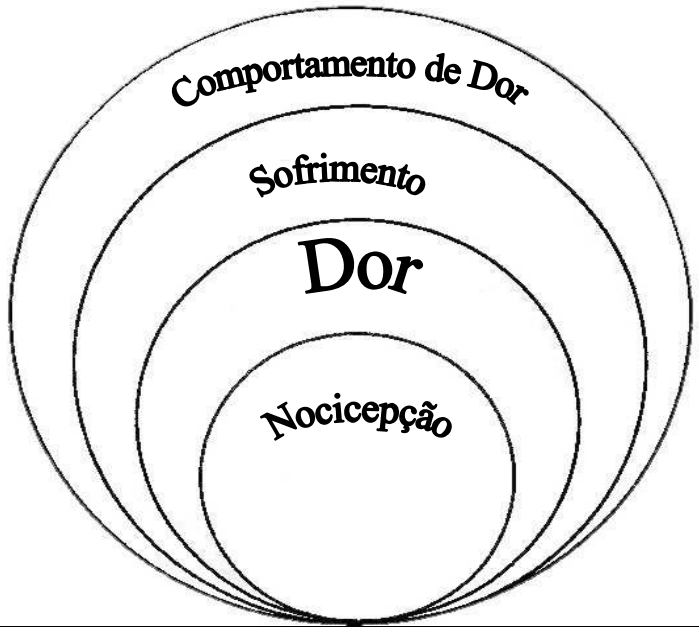

Figura: Modelo de Loeser para a dor

Organizar a dor em quatro componentes da dor torna possível combinar as abordagens orgânica e psíquica (comportamento). Nesse esquema, a nocicepção refere-se ao mecanismo pelo qual o dano tecidual, mecânico, térmico ou químico, excitando um nervo, dá início ao processo que conduz a informação nociceptiva ao sistema nervoso central. Dor é, então, a percepção do sinal no sistema nervoso. Sofrimento refere-se aos muitos modos e significados, particulares, únicos, históricos e idiossincrásicos, descritos individualmente para a dor. Comportamento doloroso refere-se aos sinais indissimulados indicando, para o observador, o que é dor. O mesmo autor alerta para o fato de que dor, sofrimento e comportamento doloroso podem ser mantidos, mesmo na ausência da nocicepção (PERISSINOTTI, 2001; PAGURA, 2009).

Em 1987, a Organização Mundial da Saúde (OMS) fez o reconhecimento público da IASP como uma organização não-governamental. Uma das principais realizações dessa parceria com a OMS foi o desenvolvimento da “Escada analgésica da OMS para o tratamento da dor do câncer”. Esse projeto foi realizado a partir do trabalho da neurologista americana

Kathleen Foley e do anestesiologista italiano Vittorio Ventafridda, ambos estudiosos da dor oncológica e na época integrantes do Comitê de Especialistas da OMS em Alívio da Dor no Câncer e Cuidados de Apoio Ativo. Essa Escada Analgésica foi o primeiro guia para sistematizar o tratamento da dor no câncer. Trata-se de uma estratégia terapêutica que estabelece critérios para o uso de analgésicos. Assim, a escada pode chegar até três degraus, de acordo com a intensidade da dor, sendo que o "primeiro degrau" propõe a utilização inicial de analgésicos comuns e anti-inflamatórios para dores de intensidade leve a moderada. Se a dor persistir ou aumentar acrescentam-se analgésicos opióides fracos. Este é o "segundo degrau". Se a dor aumentar ainda mais, atinge-se o "terceiro degrau" quando há a substituição de analgésico opióide forte no lugar do fraco. Após mais de duas décadas de sua elaboração, alguns ajustes foram realizados e novos conceitos, medicamentos e tecnologias foram incorporados, mas a estrutura elementar e a lógica desse instrumento ainda permanece a mesma (NETO e CASTRO, 2009; BASZANGER, 1990 e 1998; ZECH et. al, 1995).

Em relação à sistematização das regras de organização das clínicas da dor, foi ainda na década de 1970 que surgiu a primeira iniciativa nesse sentido. Essa iniciativa gerou uma primeira classificação das clínicas de dor, assim como um primeiro levantamento das instituições existentes nesse campo. Contudo, foi na década de 1990 que esse projeto se consolidou, ocasião em que a IASP nomeou uma comissão composta por 21 membros de diversos países, com a finalidade de estabelecer normas, diretrizes e características desejáveis para as diversas modalidades de clínicas de dor, bem como criar uma nomenclatura para a sua classificação. Esse instrumento oficial da IASP, denominado *Desirable Characteristics for Pain Treatment Facilities,* vigora até hoje. Ele classificou as clínicas de dor em quatro grupos distintos, são eles:

Centro multidisciplinar de Dor – refere-se a uma organização complexa, dedicada ao diagnóstico e ao tratamento da dor aguda e crônica em pacientes ambulatoriais e internados, assim como à pesquisa e ao ensino sobre a dor. Idealmente, esse tipo de estrutura deve fazer parte de uma instituição médica de ensino ou de um hospital de ensino. Seus programas de atividades devem ser supervisionados por um diretor clínico apropriadamente treinado e uma grande variedade de profissionais da área da saúde devem fazer parte desse tipo de centro. A equipe deve contar com médicos, psicólogos, enfermeiras, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais e outros profissionais, sendo que pelo menos três especialidades médicas devem fazer parte da equipe. Em relação à saúde mental, se um dos médicos não for um psiquiatra, a equipe mínima deverá ser composta por um psicólogo e por

médicos de duas outras especialidades. Os membros dessa equipe devem manter entre si uma intercomunicação regular a respeito dos pacientes assistidos (CASTRO, 2009).

Clínica Multidisciplinar de Dor: trata-se de uma organização composta por médicos de diferentes especialidade e outros profissionais de saúde não-médicos. Esse tipo de estrutura é especializada no diagnóstico e no tratamento de pacientes com dor crônica. Todas as qualidades anteriormente citadas, que caracterizam o Centro Multidisciplinar de Dor, devem caracterizar também a Clínica Multidisciplinar de Dor, só diferindo as duas entidades entre si exclusivamente pelo fato desta última não incluir a pesquisa e as atividades de ensino em seus programas regulares (CASTRO, 2009).

Clínica de Dor - a rigor refere-se a entidade dedicada ao diagnóstico e ao tratamento de pacientes portadores de dor crônica. A clínica pode especializar-se em diagnósticos específicos ou em tratamento de dores relacionadas a uma região específica do corpo (por exemplo, clínicas de cefaléias e clínicas de lombalgias) (CASTRO, 2009).

Por fim, a Clínica Orientada para Modalidade Única de Tratamento da Dor. Trata-se de uma entidade que oferece apenas um tipo específico de tratamento, não dispondo de formas de avaliação clínica pormenorizada nem de formas abrangentes de tratamento (por exemplo, clínicas de bloqueios nervosos, de estimulação elétrica transcutânea (TENS), de acupuntura, de biofeedback) (CASTRO, 2009).

O Centro Multidisciplinar de Dor não é muito comum, mesmo nos países desenvolvidos. Ainda em relação ao perfil, o estudo de Csordas e Clark de 1992 é um dos mais abrangentes em relação à análise do perfil das Clínicas de Dor. Essa pesquisa, que envolveu 25 centros de dor em áreas urbanas dos Estados Unidos - país onde há a maior concentração de Clínicas de Dor - concluiu que, apesar da tentativa de padronização, há uma grande variabilidade na organização e oferta de terapêuticas dessa especialidade. Esses serviços, que incluem na sua composição uma ampla gama de profissionais e práticas, contam com terapêuticas convencionais e não convencionais. A maioria tem como orientação predominante a psiquiatria e outras especialidades médicas, especialmente a anestesiologia, fisiatria, neurologia e ortopedia, seguidas de outras especialidades da área de saúde como a odontologia, terapias corporais ativas, quiropraxia, terapias alimentares e fitoterapia (CSORDAS e CLARK, 1992; CASTRO, 2009).

Os critérios de admissão nestes centros chamam atenção pela rigidez e heterogeneidade, sendo que em alguns casos os serviços chegam a recusar em torno de 50%

dos doentes que os procuram. O autor identificou os critérios mais utilizados para seleção dos pacientes, subdividindo-os em quatro grupos. O primeiro aborda a cronicidade da dor tendo como referência os critérios da IASP que definem a dor crônica como aquela que persiste além do tempo razoável para a cura de uma lesão, ou que persiste além de semanas ou meses (MERSKEY, 1996). O segundo grupo refere-se à presença de patologia somática de base, podendo ser tanto um critério de inclusão, nos centros que defendem a idéia da necessidade de lesão tecidual para justificar a dor, quanto de exclusão em centros que só reconhecem dor crônica na ausência de lesão. O terceiro grupo considera o perfil psicológico do doente, avaliando aspectos como o comprometimento das atividades cotidianas, as estratégias de enfrentamento mobilizadas pela dor, o uso e abuso de analgésicos e comorbidades psicológicas e psiquiátricas como a ansiedade, depressão e transtornos somatoformes. A depressão, por exemplo, é critério de inclusão se for considerada secundária à experiência da dor e de exclusão se for primária. Por fim, o quinto grupo analisa a motivação do doente para o tratamento, além disso, procura-se identificar também se a pessoa possui algum dos chamados "ganhos secundários" em relação à dor - em especial situações como compensação financeira por incapacidade, resistência em retornar ao trabalho e situações de litígio trabalhista, os quais são considerados critérios de exclusão (CSORDAS e CLARK, 1992). Algumas pesquisas apontam para a baixa resolutividade do tratamento da dor crônica em pacientes que se encontram nesse tipo se situação (BECKER et al 1998; LIPPEL, 1999).

A diversidade dos critérios e a variabilidade das práticas demonstram a complexidade do objeto de estudo e intervenção do campo da dor crônica. A multiplicidade de elementos envolvidos no fenômeno doloroso, característica considerada por alguns como um obstáculo para a consolidação de conhecimentos nessa área, pode também ser encarada como um elemento que permite o exercício de estratégias terapêuticas que normalmente não encontram espaço em outras especialidades na área da saúde em função da hegemonia do tratamento biomédico.

Cabe ainda citar alguns dos desenvolvimentos científicos mais recentes no tratamento da dor, os quais ajudaram a configurar esse campo. Nesse sentido destaca-se o desenvolvimento de outras drogas analgésicas, como os anti-inflamatórios não-hormonais, que trouxeram uma nova perspectiva para o tratamento da dor aguda e crônica, assim como também a descoberta da eficácia do uso de drogas anticonvulsivantes e antidepressivas no tratamento das dores neuropáticas. Quanto aos opióides, a medicina da dor trouxe importantes contribuições em relação ao conhecimento do manejo adequado e seguro desse tipo de

medicamento. Ainda a respeito dos opióides, a descoberta de novas formas de administração dessas drogas através de patches[25] – (Ex. fentanil e buprenorfina) ou através da administração espinhal (intratecal ou epidural), assim como a formulação de opióides de longa duração trouxeram novas possibilidades no alívio da dor (NETO e CASTRO, 2009).

2.5.3. Princípios gerais para o tratamento da dor na atualidade .

Para finalizar, apresentaremos resumidamente os princípios gerais para o tratamento da dor crônica segundo o modelo defendido e divulgado pela IASP.

Em primeiro lugar, é necessário o estabelecimento de um diagnóstico da dor que deve se basear nos dados colhidos através de uma anamnese detalhada e no exame físico e psicológico do paciente. Essa avaliação inicial deve abranger os aspectos físico, psicológico e social do paciente, buscando a compreensão da etiologia da dor, sua progressão, os fatores responsáveis pela sua manutenção e recrudescimento, assim como os sintomas associados a ela. A anamnese do paciente deve explorar em primeiro lugar as características da dor através de elementos como: a história patológica (quando a dor começou e como evoluiu), localização, intensidade, aspectos qualitativos da dor, freqüência e duração da dor, fatores de melhoria e piora. Em relação aos fatores psicossociais, deve-se explorar os aspectos cognitivos comportamentais e emocionais associados à dor como: sintomas de ansiedade e depressão, sentimentos de raiva e hostilidade associados à dor, crenças e atitudes acerca da dor e do seu tratamento, estratégias de enfrentamento da dor, relacionamentos familiares e sociais antes e depois da dor. Deve-se explorar também os sintomas associados através da avaliação dos prejuízos ocasionados pela dor ao longo do tempo. De modo geral deve-se tentar entender de que forma a dor mudou a vida do indivíduo e como está a sua qualidade de vida atualmente, explorando aspectos como o sono, apetite, humor, relacionamentos interpessoais, funcionalidade, atenção e concentração, atividades de lazer, trabalho, etc.

A partir desse diagnóstico multifatorial é que serão selecionadas as estratégias terapêuticas a serem utilizadas naquele caso em particular. O tratamento da dor crônica deve ser realizado através de uma combinação de intervenções farmacológicas e não farmacológicas que devem ser administradas por uma equipe interdisciplinar. As principais opções de tratamento são:

[25] Adesivos para administração de drogas por via transdérmica (através da pele).

Intervenções farmacológicas: O protocolo padrão para a intervenção farmacológica segue os princípios gerais da escada analgésica anteriormente descrita. Apesar de a escada analgésica ter sido proposta inicialmente para o tratamento da dor oncológica, seus princípios também se aplicam ao tratamento das dores não-oncológicas.

A Escada Analgésica da OMS[26] propõe que a intensidade da dor e a potência do analgésico devem ser as principais considerações na seleção dos analgésicos. A seleção dos fármacos deve ser realizada considerando-se três degraus da escada relacionados com a intensidade da dor, mensurada com a escala numérica visual (ENV) ou analógica visual (EAV).

O tratamento deve incluir o uso de analgésicos e de fármacos adjuvantes, de diferentes grupos farmacológicos em cada degrau da escada. As medicações adjuvantes vão variar de acordo com o tipo de dor e podem incluir, por exemplo, antidepressivos e anticonvulsivantes no caso de dor neuropática, corticoesteróides no caso de dores devido a edema, tumor ou inflamação, antiespasmódicos em caso de dor em espasmos ou cólicas.

Além disso, é preconizada a utilização de outros tratamentos, como técnicas anestésicas, neurocirúrgicas, psiquiátricas e psicológicas, bem como, outros recursos como a neuroestimulação, os tratamentos não-farmacológicos (massagem, calor, frio, etc.) e o tratamento primário da causa da dor, tanto do câncer quanto dos processos infecciosos, do diabetes, etc. Além disso, os analgésicos devem ser administrados preferencialmente por via oral, em horários padronizados, em doses e prescrições individualizadas e associados aos adjuvantes, quando indicados. O objetivo do tratamento farmacológico é a prevenção da dor que é proporcionada pela administração das drogas em horários fixados e baseados na meia-vida plasmática do fármaco, pois isso evita que o paciente sinta dor antes do horário da próxima dose da medicação (NETO, 2009).

Intervenções não- farmacológicas: incluem as medidas físicas e de reabilitação, os procedimentos anestésicos, os procedimentos neurocirúrgicos, medidas educativas e psicoterápicas e as terapias complementares.

---

[26] Primeiro degrau: pacientes com dor fraca a moderada (EAV 1 a 3 ou 1 a 4) devem ser tratados com analgésicos não-opióides/antipiréticos e AINHs combinados com analgésicos adjuvantes, caso haja indicação. Segundo degrau: pacientes com dor moderada (ENV 4 a 7 ou 5 a 7), não aliviada com as medidas do primeiro degrau, devem ser tratados combinando-se analgésicos opióides fracos (codeína, oxicodona, proproxifeno, tramadol) e não-opióides (dipirona, paracetamol, naproxeno, ibuprofeno, celecoxibe, etc.), associados aos adjuvantes (antidepressivos, neurolépticos, anticonvulsivantes, corticóides, laxantes e/ou antieméticos, se indicados). Terceiro degrau: pacientes com dor intensa (ENV 8 a 10) ou sem alívio com as medidas do degrau anterior devem ser tratados com opióides fortes (por exemplo, morfina, metadona, fentanil, etc.), associados aos fármacos dos degraus anteriores e adjuvantes, se indicados (FERREIRA e TEIXEIRA, 2009).

As medidas físicas e de reabilitação incluem: exercícios (alongamentos, aeróbicos, anaeróbicos, fortalecimento, condicionamento físico); meios físicos como eletroterapia (TENS - estimulação nervosa elétrica transcutânea, que consiste na estimulação elétrica ao nível de uma região nervosa provocando uma sensação de vibração, zumbidos ou batida que inibe a nocicepção), modalidades térmicas (age através processos de "contra-estimulação" através do calor ou frio), terapia manual (massagem) e hidroterapia, etc.

Os procedimentos anestésicos têm na prática finalidades diagnósticas e/ou terapêuticas. Trata-se essencialmente de bloqueios nervosos realizados a partir de técnicas diferentes e ao nível de sítios diferentes em função das indicações.

Os procedimentos neurocirúrgicos incluem algumas técnicas reservadas para doenças específicas (por exemplo, termocoagulação percutânea na nevralgia do trigêmeo). De modo geral, podemos dividir essas técnicas em dois grupos. O primeiro refere-se às técnicas de neuroestimulação que preservem a integridade da anatomia do sistema nervoso central (estimulação medular, quer por meio de eletrodos introduzidos através da pele, quer através de eletrodos implantados cirurgicamente através de uma laminectomia muito limitada; estimulação cerebral profunda, muito raramente usada). O segundo grupo refere-se a técnicas de secção (interrupção e destruição das vias da dor, geralmente utilizadas em pacientes com expectativa de vida reduzida e dores muito fortes e incontroláveis por outros meios).

As psicoterapias utilizam, de modo geral, as técnicas cognitivo-comportamentais derivadas de psicologia experimental e teorias de aprendizagem social. Utilizam de técnicas como: dessensibilização sistemática, enfrentamento do estresse, modificações das contingências de reforço, etc. Freqüentemente, essas técnicas pretendem alterar os processos cognitivos "inadequados" e reforçar os processos cognitivos adequados para lidar com a dor. É dada preferência às terapias grupais.

Em relação às terapias complementares, elas incluem várias técnicas como a acupuntura, a hipnose, o relaxamento, o biofeedback, musicoterapia, etc.

3. AS CLÍNICAS DA DOR NO BRASIL:

"A dor física nos põe em oposição com nosso corpo que
se mostra inteiramente estranho ao que está em nós."
Paul Valéry

Nesse capítulo descreveremos resumidamente a situação atual das clínicas da dor no Brasil. Primeiramente abordaremos os movimentos que levaram a criação da SBED, o capítulo Brasileiro da IASP. Num segundo momento trataremos da situação atual da regulamentação para atuação em dor no Brasil e do panorama atual da medicina da dor no país. Por fim abordaremos a situação das Clínicas da Dor no Contexto do Sistema Único de Saúde Brasileiro, através principalmente do processo de criação do suporte legal para inclusão das Clínicas da Dor no quadro dos serviços especializados oferecidos à população na esfera da saúde pública.

3.1. A Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor

Até a década de 1980, o tratamento da dor no Brasil ainda se dava de maneira muito precária, pois as únicas drogas analgésicas disponíveis para o tratamento da dor eram a dipirona, alguns antiinflamatórios não-hormonais (principalmente a indometacina e o ácido acetilsalisílico) e alguns opióides de baixa potência, como o propoxifeno e a codeína. Isso porque os opióides de alta potência, com exceção da morfina em ampolas de 10 mg para uso intramuscular ou endovenoso em alguns hospitais brasileiros, não estavam disponíveis no Brasil. Apesar disso, já a partir do final da década de 1960 alguns anestesiologistas brasileiros começaram a executar bloqueios nervosos com finalidades terapêuticas para o tratamento da dor, muitos deles influenciados pelos trabalhos de Bonica. Parte desses pioneiros pertencia ao Serviço de Anestesiologia do Hospital Pedro Ernesto, do Rio de Janeiro, representados principalmente por Bento Villamil Gonçalves, Peter Spiegel, José Paulo Drummond, Renaud Alves Menezes, Ítalo Rodrigues e José Calasans Maia. Desse modo, surgiram no Brasil as primeiras Clínicas de Bloqueios Nervosos, que iriam posteriormente disseminar-se em vários outros hospitais dos diversos Estados brasileiros. No decorrer dos anos, médicos de outras especialidades e profissionais de outras áreas da saúde começaram a também se interessar pelo estudo e pelo tratamento da dor, reunindo-se em associações, culminando finalmente com a fundação das primeiras Clínicas de Dor no Brasil, em consonância com os princípios postulados por Bonica. Como conseqüência desse interesse crescente na medicina da dor no país, em 22 de outubro de 1982 realizou-se em São Paulo um

simpósio denominado "Encontro de Especialistas - Terapêutica da Dor em Cancerologia". Foi durante a realização desse simpósio que surgiram a idéia inicial e a iniciativa preliminar da fundação da Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor (SBED) (CASTRO, 2003; NETO e CASTRO, 2009).

Assim, a primeira reunião para a fundação da SBED ocorreu às 20 horas do dia 29 de agosto de 1983, sendo que a primeira diretoria[27] foi então constituída na primeira Assembléia Geral da SBED realizada na Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais, em Belo Horizonte, durante o simpósio denominado "Conceitos Modernos no Combate à Dor para o Clínico Geral", em março de 1984. Em setembro do mesmo ano a SBED foi oficialmente reconhecida pela IASP como seu Capítulo Brasileiro (CASTRO, 2003; NETO e CASTRO, 2009).

A SBED contava em 2003 com 1.500 sócios, com características multiprofissionais e multi especialidades, advindos de todas as regiões do país. Além disso, ela ainda conta com 17 sociedades regionais. A SBED tem como meios de divulgação, um jornal trimestral – o "Jornal Dor" - e uma revista quadrimensal - a "Revista DOR: Pesquisa, Clínica e Terapêutica" - publicada pela primeira vez em 1999, ambos distribuídos gratuitamente aos seus associados. A Associação realiza um congresso nacional a cada dois anos, participando e incentivando vários eventos científicos pelo Brasil.

3.2. Regulamentação para atuação em dor e panorama atual da medicina da dor no Brasil

O estudo de Castro (1999) é o levantamento mais completo em relação às Clínicas de Dor no Brasil, inclusive, uma versão desse documento foi anexada ao acervo do "John C. Liebeskind History of Pain Colletion", projeto de pesquisa que busca resgatar a história das Clínicas de Dor no mundo. Castro constatou que o perfil das Clínicas de Dor no Brasil é semelhante ao mundial, porém menos restritivo em relação à admissão. É importante ressaltar que este estudo revela que nem todas as entidades que se dedicam ao cuidado da dor aguda e crônica poderiam a rigor ser denominadas "Clínicas de Dor", de acordo com critérios da IASP[28] (CASTRO, 2003, 2009).

---

[27] Presidente: Moacir Schnapp; Vice-Presidente: Jorge Roberto Pagura; Primeiro secretário: Antônio Luiz P Catai; Segundo secretário: Mário Luiz Giublin; Primeiro tesoureiro: Lígia A. Silva Telles; Segundo tesoureiro: Maria de Lourdes C. Costa; Diretor científico: Sérgio H. Ferreira (NETO e CASTRO, 2009).

[28]Centro Multidisciplinar de Dor, Clínica Multidisciplinar de Dor, Clínica de Dor e Clínica Orientada para Modalidade Única de Tratamento da Dor:

De acordo com Castro (2009), a situação atual dos serviços de dor no país não se modificou muito em relação à situação constatada no estudo anterior de 1999. Castro averiguou que são raros os serviços que podem ser denominados "Centros Multidisciplinares de Dor". O autor verificou também que a grande maioria dos serviços era composta apenas por poucos profissionais com diferentes treinamentos técnicos, podendo ser classificados como "*Clínica Orientada Para Modalidade Única de Tratamento da Dor, uma vez que não possuíam as características multiprofissionais e multimodais necessárias para serem classificados como Clínica Multidisciplinar de Dor ou como Clínica de Dor"*. Castro destaca ainda que nessas clínicas é muito comum que os mesmos profissionais utilizem técnicas variadas para o tratamento da dor, por exemplo, o anestesiologista executa tanto bloqueios nervosos terapêuticos como a eletroacupuntura; o neurologista ou o psicólogo que empregam o biofeedback e a acupuntura; o fisiatra que usa a medicina física, o biofeedback e a acupuntura, etc. (CASTRO, 2003, 2009).

No estudo de Castro (1999), foram levantados 70 serviços de tratamento da dor em todo Brasil, implantados progressivamente a partir da década de 1960, muitos a partir dos primeiros anos das décadas de 1980 e 1990. De acordo com os dados de 2007 da SBED, calcula-se que existem em torno de 200 clínicas e centros de dor disseminados pelo Brasil, sendo que estes serviços se concentram principalmente nas Regiões Sul e Sudeste. Existem apenas 48 centros oficialmente cadastrados, sendo cinco no Rio Grande do Sul, um em Santa Catarina, 5 no Paraná, 12 em São Paulo, 4 no Rio de Janeiro, 5 em Minas Gerais, 2 no Mato Grosso do Sul, 4 em Goiás, 2 em Brasília, 1 na Bahia, 2 no Maranhão, 2 em Pernambuco, 2 no Rio Grande do Norte e 1 em Sergipe. Ainda, segundo os dados da Sociedade Brasileira de Anestesiologia, estão cadastrados 27 centros com distribuição parecida com a da SBED. São 3 no Rio Grande do Sul, 3 em Santa Catarina, 1 no Paraná, 10 em São Paulo, 3 no Rio de Janeiro, 1 em Minas Gerais, 1 na Bahia, 1 em Pernambuco, 1 no Ceará, 1 no Mato Grosso e 2 em Estados que não podem ser identificados. Castro (2009) destaca que essa disparidade de informação reflete a precariedade na sistematização da coleta da informação e de normas para funcionamento dos centros de dor, pois como o cadastramento é voluntário e não obrigatório para o funcionamento, esses números não podem ser considerados como uma imagem fidedigna da Medicina da Dor no Brasil. Ainda segundo Gozzani (2009), se a imagem do atendimento é indefinida, a situação da sistematização das estratégias de ensino e treinamento em dor nas diversas áreas de formação em saúde é ainda pior. Isso porque não há

centralização das informações, tornando impossível saber quantos cursos existem e como são desenvolvidos (GOZZANI, 2009; CASTRO, 2003 e 2009).

A despeito disso, o reconhecimento da importância de se incluir o tema dor e sua administração no currículo médico levou à inclusão da disciplina Fundamentos da Medicina da Dor em muitos cursos de graduação médica e de enfermagem. As "ligas de dor" foram outro meio adotado por iniciativa dos alunos para a aquisição desse tipo de conhecimento. Deste modo, os estágios obrigatórios ou opcionais no serviço de dor, os programas teórico e prático na residência médica em anestesiologia, clínica médica, fisiatria e outras, os cursos de pós-graduação *lato e stritu sensu* e extensão, assim como os simpósios, congressos e comitês que promovem cursos presenciais ou à distância constituem os principais meios de ensino e treinamento em Medicina da Dor no Brasil (GOZZANI, 2009).

Em relação ao certificado de atuação em dor, segundo Gozzani (2009), o fato dos profissionais que se interessam pela Medicina da Dor ser de origens muito distintas criou uma situação peculiar e confusa em relação à certificação que avaliza a atuação na área. Atualmente, todo título de especialização só pode ser obtido nas respectivas especialidades de origem e não há nenhum título nacional que certifique especialização em dor. Em relação à medicina, quando o assunto foi discutido em assembléia pela SBED, no terceiro Congresso Brasileiro de Dor, realizado no Rio Grande do Sul, ficou decidido que qualquer certificado específico só poderia ser obtido junto às sociedades de especialidades filiadas à Associação Médica Brasileira (AMB). A partir disso, alguns grupos de especialistas mobilizaram-se e criaram, na década de 1990, o Certificado de Atuação em Dor (SBA, apud GOZZANI, 2009), emitido pela AMB em convênio, inicialmente, com a Sociedade Brasileira de Anestesiologia (SBA) e com a Academia Brasileira de Neurologia. Após sua criação e por período determinado, esse certificado foi emitido com base em comprovação curricular de atividade mínima junto a essas sociedades, de forma a contemplar os profissionais que já exerciam a atividade de fato. Hoje, a obtenção desse certificado prevê tanto um treinamento específico, como uma prova de capacitação. Este treinamento específico mínimo tem a duração de 1 (um) ano. No que diz respeito ao concurso de habilitação, ele é constituído por uma prova de títulos e uma prova escrita. Tanto a pontuação mínima na prova de títulos como o programa da prova escrita têm divulgação em edital específico. A prova de títulos tem peso 2 e a prova escrita, peso 8. Em relação às outras profissões como psicologia e fisioterapia, não existe qualquer certificado reconhecido nesse sentido. A SBED ainda confere um "Certificação em Dor", cujo candidato deve possuir os seguintes requisitos**:** **s**er Membro da SBED e preencher pelo menos

dois dos seguintes critérios : 1) ter especialização em anestesiologia ou neurologia (critérios da AMB/SBA/ABN) ou outra especialidade com vinculação prática em dor; 2) ter tido formação em dor de no mínimo 360 horas; 3) ter experiência comprovada em tratamento da dor em instituições por no mínimo 5 anos; 4) ter o aval de 2 membros da SBED (GOZZANI, 2009).

Outra fonte importante de formação por meio de cursos e treinamento com a utilização de estudos de casos são as "Ligas de Dor". Estas funcionam em diversas universidades e faculdades de medicina no Brasil e congregam alunos de medicina e de outras áreas da saúde voluntariamente interessados no atendimento de pacientes portadores de síndromes dolorosas crônicas e agudas. Segundo dados da SBED de 2007, havia 24 Ligas de Dor distribuídas da seguinte forma: 2 no Rio Grande do Sul, 1 em Santa Catarina, 2 no Paraná, 10 em São Paulo, 3 em Minas Gerais, 1 no Mato Grosso do Sul, 1 no Ceará, 1 na Bahia, 1 no Maranhão, 1 no Tocantins e 1 no Rio Grande do Norte, sendo que apenas 3 destas ligas estão vinculadas a universidades públicas, contudo os autores não as citaram (SBED, 2007 apud GOZZANI, 2009).

3.3. Clínicas da Dor no Contexto do Sistema Único de Saúde Brasileiro.

No Brasil, o ano de 2002 foi decisivo na criação do suporte legal para inclusão das Clínicas da Dor no quadro dos serviços especializados oferecidos à população na esfera da saúde pública. A Portaria GM/MS nº. 19, de 03 de janeiro de 2002 institui, no âmbito do SUS, o Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos. Na introdução ao texto da lei encontramos:

> "Considerando que a boa assistência aos pacientes com dor resulta, além dos aspectos humanitários envolvidos, a racionalização do uso de medicamentos e de visitas ao sistema de saúde, uma melhor utilização dos recursos diagnósticos e de tratamentos disponíveis, a redução das incapacidades e do absenteísmo decorrentes da dor e ainda a racionalização na utilização dos recursos públicos envolvidos na assistência à saúde e dos gastos relacionados às repercussões psicossociais e econômicas decorrentes da inadequada abordagem dos pacientes com dor" (BRASIL, 2002a, pág. 1).

Como podemos perceber há o reconhecimento da necessidade de conhecimentos técnicos específicos para o tratamento da dor, para além da simples prescrição de analgésicos.

A mesma Portaria institui também, na esfera da Secretaria de Atenção à Saúde, o Grupo Técnico Assessor do Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos, o qual, na ocasião em que a Portaria entrou em vigor, era formado por oito médicos e uma

enfermeira. Chamava a atenção a ausência de representantes de outras especialidades, em especial da psicologia e da fisioterapia, uma vez que a proposta das Clínicas da Dor tem como eixo principal a interdisciplinaridade. Esse grupo contava ainda com representativa participação de membros da Clínica da Dor da USP, que é também responsável por grande parte das publicações sobre o assunto e pela formação de profissionais no Brasil atualmente.

No mesmo ano, em 23 de julho, a portaria GM/MS nº. 1.319 cria no âmbito do SUS os Centros de Referência em Tratamento da Dor Crônica (CRTDC) e define o quantitativo máximo de unidades a ser cadastrado por Estado de acordo com uma estimativa de demanda de pacientes. Para o Rio de Janeiro estava prevista a implantação de 15 centros, sendo que os Centros de Alta Complexidade em Oncologia (CACONS) já estariam automaticamente cadastrados. No Brasil como um todo estava previsto o cadastramento de 174 CRTDC. Na prática, o cadastramento dos serviços está longe de contemplar a realidade da assistência no país. No Rio de Janeiro, por exemplo, existem alguns hospitais de referência que possuem serviços de tratamento de dor crônica, com diferentes configurações e níveis de complexidade, para onde os pacientes são encaminhados, mas nenhum deles é cadastrado como CRTDC pelo Ministério da Saúde. No texto da Portaria, a título de justificativa de implementação desses centros, encontramos:

> "Considerando o dever de assegurar aos portadores de dor crônica todos os direitos de cidadania, de defesa de sua dignidade, seu bem estar, direito à vida e acesso ao tratamento e, em especial, acesso ao uso de opiáceos" (BRASIL, 2002b, pág.1).

A preocupação com o controle do uso de opiáceos, que aparece em vários momentos na legislação relativa ao funcionamento e à implementação das Clínicas da Dor, tem como conseqüência direta a assistência conjunta aos pacientes com dores crônicas benignas e pacientes oncológicos no âmbito do SUS, populações com características e demandas muito distintas. Demonstra também a tendência a identificar o problema do tratamento da dor crônica como uma questão relacionada principalmente à otimização da analgesia através de recursos medicamentosos.

A mesma Portaria determina que fique a cargo da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) [29], mais especificamente ao Departamento de Atenção Especializada (DAE), definir as

---

29 A SAS é formada pelos departamentos de Atenção Especializada; de Regulação, Avaliação e Controle; de Atenção Básica e de Ações Programáticas Estratégicas. Por meio destes quatro departamentos, uma das principais ações da Secretaria é participar da formulação e implementação das políticas de atenção básica e especializada, observando os princípios do Sistema Único de Saúde – SUS. Entre as funções do Departamento de Atenção Especializada (DAE) estão as

Normas de Cadastramento dos CRTDC, bem como adotar as providências necessárias ao seu cumprimento.

Uma Portaria subseqüente - SAS/MS n°. 472 de 24 de julho de 2002 - vem definir critérios de cadastramento e funcionamento dos Centros de Referência em Tratamento da Dor Crônica no âmbito do SUS. Para ser cadastrado como CRTDC o hospital dever ser: Centro de Alta Complexidade em Oncologia (cadastrado pela SAS) ou hospital geral (cadastrado pelo SUS) que tenha instalado e em funcionamento alguns recursos mínimos que incluem, entre outros, ambulatório específico para acompanhamento aos pacientes portadores de dores crônicas, farmácia hospitalar, centro cirúrgico.

Em relação aos recursos humanos, a Portaria determina que: "O Centro deve contar com equipe interdisciplinar e multiprofissional de assistência ao portador de dor crônica, devidamente capacitada para esta modalidade de atenção" (BRASIL, 2002c, pág.2).

Esta Portaria define equipe multiprofissional e interdisciplinar como sendo: "... uma combinação de profissionais (de diferentes profissões e/ou especialistas de uma mesma profissão) que trabalham em um mesmo local com uma finalidade comum, atuando de maneira interdependente, isto é, interagindo formal e informalmente. Os membros da equipe podem realizar avaliações isoladas, mas as informações destas são trocadas sistematicamente, pois eles trabalham de maneira combinada, tanto no planejamento como na implementação de cuidados ao paciente" (BRASIL, 2002c).

Além disso, a Portaria determina que o responsável técnico pelo centro deve ser um médico (clínico geral, pediatra, fisiatra, reumatologista, oncologista, anestesiologista, neurologista ou neurocirurgião); que a clínica deve contar com as seguintes especialidades médica: clínico geral, pediatra, anestesiologista, psiquiatra, neurocirurgião e/ou neurologista e deve dispor de enfermeiro e auxiliar/técnico de enfermagem destinado(s) especificamente para o Ambulatório de Tratamento da Dor. Por fim, o Centro deve dispor de equipe multiprofissional composta por, no mínimo: farmacêutico, fisioterapeuta, psicólogo e assistente social, lotados no serviço. Estabelece também os Recursos Diagnósticos e Terapêuticos mínimos necessários ao Centro, a necessidade de Rotinas de Funcionamento e Atendimento por escrito e atualizadas a cada 04 anos (abordando todos os processos envolvidos na assistência).

---

de elaborar e avaliar as políticas de média e alta complexidade, ambulatorial e hospitalar do SUS e regular e coordenar as atividades do Sistema Nacional de Transplantes de Órgãos, Urgência e Emergência, Atenção Hospitalar.

A Portaria SAS nº. 859 de 12 de novembro de 2002 aprova o "Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Uso de Opiáceos no Alívio da Dor Crônica – Codeína, Morfina, Metadona". A medida justifica-se "*pela necessidade de estabelecer Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Uso de Opiáceos no Alívio da Dor Crônica, que contenham critérios de diagnóstico e tratamento, observando ética e tecnicamente a prescrição médica, racionalize a dispensação dos medicamentos preconizados para o tratamento, regulamente suas indicações e seus esquemas terapêuticos e estabeleça mecanismos de acompanhamento de uso e de avaliação de resultados, garantindo assim a prescrição segura e eficaz"* (BRASIL, 2002 d, pág.1).

Esse protocolo foi submetido à consulta pública em junho do mesmo ano e contém o conceito geral de dor crônica, os critérios de inclusão e exclusão de pacientes no tratamento, critérios de diagnóstico, esquema terapêutico preconizado e mecanismos de acompanhamento e avaliação deste tratamento. Além disso, obriga que o paciente, ou seu responsável legal, seja informado dos potenciais riscos e efeitos colaterais relacionados ao uso dos medicamentos preconizados para o alívio da dor crônica, o que deverá ser formalizado através da assinatura do respectivo Termo de Consentimento Informado, de acordo com o medicamento utilizado, conforme os modelos integrantes do Protocolo. A definição de dor crônica é a mesma adotada pela IASP, apenas acrescida de uma referência ao tempo de duração da dor como critério de definição da cronicidade da dor: "... é a dor persistente por mais de 03 a 06 meses, independentemente de qual seja a sua causa" (BRASIL, 2002 d, pág. 3).

O texto segue descrevendo a classificação das dores crônicas de acordo com seus mecanismos fisiológicos (neuropática[30] ou nociceptiva [31]), embora acrescente um pouco mais adiante no documento:

"Como a dor é sempre subjetiva, o grau de sua intensidade não é diretamente proporcional à quantidade de tecido lesionado, e muitos fatores podem influenciar a sua percepção, como fadiga, depressão, raiva, medo, ansiedade e sentimentos de desesperança ou desamparo" (BRASIL, 2002 d, pág. 3).

Restringe a indicação do uso contínuo de opiáceos para pacientes com dor crônica, apenas aos casos em que a dor for considerada como moderada ou intensa/muito intensa (4 a

[30] Resulta de alguma injúria a um nervo ou de função nervosa anormal em qualquer ponto ao longo das linhas de transmissão neuronal, dos tecidos mais periféricos ao sistema nervoso central.

[31] Ocorre diretamente por estimulação química ou física de terminações nervosas normais. Ela é resultado de danos teciduais e a mensagem de dor viaja dos receptores de dor (nociceptores), nos tecidos periféricos, através de neurônios intactos, até a medula espinhal e estruturas corticais e sub-corticais.

10 na EVN/EVA). O instrumento indicado para avaliar a intensidade da dor é a Escala Visual Numérica ou Escala Visual Analógica[32]. O uso de opiáceos, nesses casos, só seria indicado quando esgotados outros recursos analgésicos menos potentes, de acordo com as orientações da OMS num protocolo conhecido como Escada Analgésica (anexo 2). Ainda o protocolo da SAS nº. 859 de 12 de novembro de 2002 define também as normas específicas para dispensação de opiáceos nos CRTDC, cadastrados pelo MS (BRASIL, 2002 d). O problema da dicotomização biológico/psíquico na definição da dor também aparece ao longo do texto. Embora a dimensão subjetiva seja considerada, aparece descontextualizada, como um adendo ou uma nota secundária ao argumento principal. As diretrizes principais são baseadas em critérios objetivos, mesmo no que diz respeito aos elementos de mensuração questionáveis, como é o caso da intensidade da dor.

Apesar de todo esse aparato legal, nos anos subseqüentes à legislação de 2002 não houve nenhum avanço significativo na prática. No ano de 2003 a SBED lançou um projeto chamado "Brasil Sem Dor" [33] que propunha, entre outras coisas, definir uma política nacional voltada para a assistência e educação em dor aguda e crônica, cujo foco seria a organização racional da assistência à dor. Para isso, o projeto propõe um modelo organizacional do tratamento da dor que se fundamenta na criação de unidades de dor, obedecendo a um sistema crescente de abrangência e complexidade baseado no modelo do Plano Nacional de Luta Contra a Dor do Ministério da Saúde de Portugal. O projeto propõe também a criação de cursos de capacitação e de educação continuada em dor para os profissionais de saúde em geral e que atuem em todos os níveis de complexidade do sistema de saúde. O projeto Brasil sem Dor foi levado pela SBED, com o apoio da IASP, ao Governo Federal por meio do Ministério da Saúde. A IASP contatou o Ministro da Saúde na época, informando que a SBED representava o seu Capítulo no Brasil. As negociações que ocorreram nos anos posteriores culminaram com a criação, em dezembro de 2006, através da Portaria nº. 3.150, de 12 de dezembro de 2006 (BRASIL, 2006), da "Câmara Técnica em Controle da Dor e Cuidados Paliativos", no Ministério da Saúde. Essa Câmara conta com a participação de técnicos e de entidades afins para delinear as ações e as diretrizes da política pública brasileira no controle da dor e da prestação de cuidados paliativos no país (NETO e CASTRO, 2009; GADELHA, 2009; BRASIL, 2006).

---

[32] Escala Visual Numérica (EVN), graduada de zero a dez, nas quais zero significa ausência de dor e dez, a pior dor imaginável; e a Escala Visual Analógica (EVA), que consiste de uma linha reta, não numerada, indicando-se em uma extremidade a marcação de "ausência de dor", e na outra, "pior dor imaginável"

[33] Ver http://www.dor.org.br/projetossemdor.asp

Essa Portaria de 2006 vem revogar a Portaria GM/MS nº. 19, sendo que a principal mudança em relação a essa portaria anterior é a preocupação em contar com representantes dos diferentes grupos e instituições envolvidos no tratamento da dor e nos cuidados paliativos. Assim, o grupo passa agora a contar com representantes da Secretaria de Atenção à Saúde, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, do Instituto Nacional de Câncer, da SBED; da Academia Nacional de Cuidados Paliativos; da Sociedade Brasileira de Anestesiologia; da Sociedade Brasileira de Neurocirurgia; do Conselho Nacional de Secretários de Saúde e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. No texto introdutório da lei, a criação dessa câmara é descrita como fruto do reconhecimento da necessidade tanto de uma instância técnica para subsidiar o Ministério da Saúde na área de controle da dor e cuidados paliativos como da necessidade de contemplar o caráter interdisciplinar, multiprofissional e intersetorial do controle da dor e cuidados paliativos (BRASIL, 2006; NETO e CASTRO, 2009; BRASIL, 2006).

4. OS IMPASSES DA CLÍNICA E A CONSTRUÇÃO DE ESTRATÉGIAS TERAPÊUTICAS.

"A explicação da dor do outro é o início de toda imoralidade"

Levinás[34]

4.1. Clínica da Dor do HUCFF

Nesse capítulo analisaremos os limites e as potencialidades da proposta terapêutica das Clínicas da Dor. Pretendemos analisar algumas dessas estratégias terapêuticas no cotidiano da assistência em um Centro Multidisciplinar de Dor que funciona no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho da UFRJ. Inicialmente descrevermos a história da implantação deste Serviço e um resumo das rotinas de atendimento. Em seguida utilizaremos também alguns exemplos clínicos.

4. 1.1. A História da Clínica da Dor do HUCFF.

Tendo como referência uma entrevista realizada com o anestesista Dr.Peter Spiegel no dia 11 de novembro de 2008, fundador do referido serviço e um dos pioneiros no estudo e tratamento da dor no Brasil, apresentaremos a seguir um breve história da implementação da Clínica da Dor no HUCFF. Em complemento, utilizaremos também alguns textos de autoria do Dr. Spiegel ainda não publicados, mas que foram generosamente cedidos para realização desse trabalho.

A história da Clínica da Dor do HUCFF inicia-se em 1977 quando o anestesista Bento Gonçalves, que era até então chefe do Serviço de Anestesiologia do Hospital das Clínicas Pedro Ernesto, foi chamado para chefiar o Serviço de Anestesiologia do recém inaugurado Hospital Universitário Clementino Fraga Filho da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Ele foi um dos pioneiros da anestesiologia no Brasil e se destacou no estudo da anestesia regional, da qual foi um dos seus maiores divulgadores. Desde 1956, o Dr. Bento Gonçalves vinha desenvolvendo junto com outros pioneiros da anestesia bloqueios nervosos com o objetivo de alívio da dor, no Hospital Pedro Ernesto. Desse modo, quando ele se transferiu da UERJ para o UFRJ vieram com ele alguns desses profissionais, dentre eles o anestesiologista Dr. Peter Spiegel um dos pioneiros no ensino e formação de profissionais

---

[34] (Levinás apud MORENO, 2004)

orientados para o tratamento da dor no Rio de Janeiro e no Brasil, como citado anteriormente. Com seu empenho, também atuou junto à Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor (SBED), sendo o 4° presidente da entidade, no biênio 1990/1991. Dr.Peter Spiegel nasceu em Hannover, Alemanha, em 10 de julho de 1930, formou-se em 1954 pela Faculdade de Medicina da UFRJ. Em 1958 ele terminou a Residência médica em Anestesiologia, no Hospital Henry Ford, de Detroit- Michigan, EUA (SPIEGEL, 2006; GOUVEIA, 1995).

O ano de 1983 é considerado oficialmente o ano de início do funcionamento da Clínica da Dor do HUCFF, pois foi nesse ano que o Dr. Spiegel organizou um serviço que além de realizar bloqueios analgésicos, passou a atender os pacientes ambulatorialmente. Nessa ocasião, passa-se a realizar os bloqueios em dia e horários fixos, as quartas-feiras pela manhã no setor de Serviços e Métodos Especiais (SEM) no 4° andar do hospital. Esse serviço possuía uma infra-estrutura de atendimento que permitia a realização de bloqueios mais invasivos. Atualmente, esse tipo de atendimento na Clínica da Dor do HUCFF ainda funciona nesse mesmo local e horário. Durante os primeiros anos de funcionamento, o foco principal da Clínica ainda eram os bloqueios analgésicos. Na época, era muito comum a realização de bloqueios neurolíticos para o controle da dor oncológica, pois esse tipo de procedimento era um dos únicos recursos disponíveis para o controle da dor dos pacientes devido à ausência de agentes opióides orais para tratamento da dor. Nesse período existiam no país apenas dois tipos de narcóticos (morfina e petidina) e somente injetáveis. Nos anos seguintes, o Dr. Peter Spiegel, juntamente com o Dr. Bento Gonçalves e a também anestesiologista Beatriz Rocha, começam a administrar a morfina por cateter peridural tunelizado para o tratamento da dor nos pacientes oncológicos. A morfina para analgesia pela via peridural era preparada pelo Serviço de Farmácia do HUCFF e o cateter peridural era tunelizado no SME. Desse modo, a medicação podia ser feita regularmente fora do hospital e o paciente podia ser mandado para casa, pois a injeção da medicação podia ser administrada, através do cateter, pelo próprio paciente ou por um cuidador previamente instruído (SPIEGEL, 2006).

Inicialmente, a Clínica da Dor não tinha uma equipe multidisciplinar constituída, por isso recebia auxílio de profissionais de outras especialidades que trabalhavam em outros setores do próprio hospital, em especial da Neurologia, Neurocirurgia e Reumatologia. A Saúde mental só passou a participar da equipe da Clínica da Dor em 1984. No período de 1984 a 1986, a Clínica passou a ter a colaboração do Psicólogo Nei Calvano Gonçalves que, após um ano, foi sucedido pelo Dr. Geovani Raffaelle, psiquiatra que trabalhou na Clínica nos

dois anos seguintes. Em 1987 os psiquiatras Carlos Leal e Sandra Fortes passaram a dar uma assessoria mais sistemática à equipe (SPIEGEL, 2006).

Em 1987, o Dr. Peter Spiegel afasta-se das suas atividades como anestesista e passa a dedicar-se exclusivamente à Clínica da Dor. No mesmo ano, ele conseguiu que a morfina fosse manipulada no Serviço de Farmácia do HUCFF, o que garantiu o seu fornecimento regular em forma de solução aquosa para uso por via oral nos pacientes portadores de dores de origem oncológica. Essa solução facilitou a administração regular da medicação, que é uma condição indispensável para o controle da dor. A morfina já vinha sendo manipulada no Brasil desde o início da década de 1980 no Hospital do Andaraí pelo farmacêutico Dr. Luiz Chweidl. Com a possibilidade de administração medicamentosa da dor oncológica, a administração de bloqueios torna-se menos necessária, sendo este procedimento reservado agora principalmente para os pacientes portadores de dores crônicas benignas. Dois anos depois, em 1989, a Cristália Produtos Químicos Farmacêuticos Ltda. colocou à disposição do mercado brasileiro as primeiras apresentações do sulfato de morfina (Dimorf®) para administração por via oral em frascos com 50 comprimidos de 10 e 30mg. Alguns anos depois, devido à burocracia envolvida na compra do sal da Mofina que era utilizado na fabricação da solução, o hospital passou a comprar a morfina em comprimidos do laboratório Cristália, laboratório esse que até hoje é um dos principais distribuidores de medicamentos opióides no Brasil. O Dr. Peter Spiegel verificou pessoalmente a eficiência da administração da morfina por via oral, assim como percebeu também que a grande maioria dos médicos, mesmo aqueles que se dedicavam mais diretamente ao alívio da dor, não tinham experiência com o emprego da morfina via oral. Então, em 1990, juntamente com a Dra. Maria Ângela Lima, traduziu e publicou o livreto que se intitulou "Como usar a morfina por via oral", que foi distribuído em larga escala no meio médico, pelo laboratório Cristália (SPIEGEL, 2006)

Em 1990 inicia-se um estágio oficial para médicos na Clínica da Dor vinculado a Coordenadoria de Atividades Educacionais do HUCFF – CAE, cuja duração era de 6 (seis) meses. Nesse mesmo ano, o Dr. Peter Spiegel assume a direção da Sociedade Brasileira para Estudo da Dor (SBED), tornando-se seu 4°presidente e empreendendo um importante trabalho de reestruturação da dessa entidade. Em 1991, o estágio oficial na Clínica da Dor passa a ter 1 (um) ano de duração. Nessa ocasião, a Dra. Lilian Hennemann, médica anestesiologista do hospital que viria a ser uma das coordenadoras do serviço alguns anos depois, começa seu estágio. Assim, na década de 1990, a Clínica da Dor do HUCFF funcionava como clínica multidisciplinar, com atendimento ambulatorial e contando com a consultoria de um clínico

geral, Dr. José Alexandre Santos, uma fisiatra, Dra. Célia Teixeira, dois psiquiatras, Dra. Sandra Fortes e Dr. Carlos Leal, recebendo turmas de quatro estagiários por semestre (SPIEGEL, 2006).

A partir de 1995 foram progressivamente introduzidas outras estratégias de tratamento não farmacológicas que atualmente ainda fazem parte do arsenal terapêutico do Programa, são elas: A "Escola de Coluna", iniciada em 1995 pela fisiatra Célia Teixeira e o Curso de Auto-relaxamento introduzido no mesmo ano pela Dra. Lilian Hennemann. Em 1995, a Clínica da Dor do HUCFF-UFRJ é credenciada pela SBED como Centro Multidisciplinar de Dor em razão de sua assistência multidisciplinar e abordagens variadas no tratamento da dor, além das atividades de ensino e pesquisa (SPIEGEL, 2006).

Em 1997, a Dra. Sandra Fortes passa a trabalhar somente como médica colaboradora da Clínica da Dor. Nesse mesmo ano, a Dra. Núbia Verçosa, Professora Titular da Faculdade de Medicina da UFRJ e Coordenadora do Internato Rotatório em Anestesiologia, introduz a aula sobre Dor Crônica na grade curricular dos alunos do internato (SPIEGEL, 2006).

Próximo ao fim de 1999 começa-se a planejar junto com a direção do hospital a implantação de uma Unidade de Cuidados Paliativos para tratamento, por equipe multidisciplinar, de pacientes oncológicos fora dos recursos atuais de cura, com dor ou outros sintomas angustiantes. No início de 2000, o Dr. Peter Spiegel se aposenta, passando a atuar como colaborador da Clínica e professor no estágio de formação. A Dra. Lilian Hennemann assume seu lugar como responsável pela Clínica. Ainda em agosto desse mesmo ano, o Dr. Ricardo Cunha Júnior, médico anestesiologista do HUCFF que posteriormente substituirá a Dra. Lílian na coordenação do serviço, passa a freqüentar as atividades da Clínica. O Dr. Peter destaca ainda que o ano de 2000 foi muito importante no que diz respeito as inovações terapêuticas na Clínica da Dor do HUCFF, pois nessa ocasião foi introduzido o uso da metadona no tratamento da dor no referido serviço. A metadona é um analgésico opióide equipo tente à morfina, mas com a vantagem de ser mais barato e ter um potencial menor para induzir a dependência (SPIEGEL, 2006)

Em março de 2001, o então Diretor do HUCFF, Dr.Amâncio Paulino de Carvalho, assina Portaria que cria o Programa de Tratamento da Dor e Cuidados Paliativos, que se separa do serviço de anestesiologia e passa a estar vinculado ao Serviço de Ambulatório e à Divisão de Saúde da Comunidade, devido ao seu caráter multidisciplinar. Essa decisão faz parte de um movimento mais amplo de cadastramento do HUCFF como Centros de

Atendimento em Oncologia (CACON) [35] junto ao Sistema Único de Saúde (SUS), pois um dos critérios da Portaria n°. 3.535 do Ministério da Saúde, de 02 de setembro de 1998, que estabelece critérios para cadastramento dos CACON, é a implementação do Serviço de Cuidados Paliativos na unidade. Em função da necessidade de complementar o quadro mínimo de profissionais necessários para o funcionamento do Programa de Tratamento da Dor e Cuidados Paliativos são deslocados para esse serviço a enfermeira Regina Modesto, a fisioterapeuta Tereza Cristina Lourenço Silva e o clínico geral e anestesiologista Ricardo Cunha, funcionários do HU, sendo contratado o médico anestesiologista Luiz Augusto de Aquino, que não fazia parte do quadro de funcionários do hospital (SPIEGEL, 2006)

Em novembro de 2004, o "Programa de Tratamento da Dor e Cuidados Paliativos" foi inscrito no Concurso Latino-Americano "Iniciativa para Melhorar a Educação em Dor na América Latina", organizado pela International Association for the Study of Pain (IASP). A proposta do projeto teve como conteúdo programático: conceitos de dor, síndromes dolorosas no câncer, dor neuropática, terapias não farmacológicas, entre outros. Como resultado o projeto do Brasil foi um dos três vencedores do concurso da IASP. Em 2005, a Dra. Lilian Hennemann afastou-se da coordenação Programa e o Dr. Ricardo Cunha assume esse cargo. Em 2007 o Programa de Tratamento da Dor e Cuidados Paliativos passa a ser um setor do serviço de Clínica Médica e em 2008 passa a chamar-se Clínica da Dor e Cuidados Paliativos. Em 2008 o estágio de formação passa a ser um curso de extensão. A partir de março de 2009 começa no HUCFF a Pós-Graduação em Dor e Cuidados Paliativos Oncológicos, com duração de 1 (um) ano e coordenação da Dra. Núbia Verçosa (FM/UFRJ), professora associada, e do Dr. Ricardo Cunha (Clínica da Dor HUCFF/UFRJ). O curso possui 20 vagas distribuídas entre médicos, fisioterapeutas, enfermeiros e psicólogos (SPIEGEL, 2006; ELIA, 2006).

4.1.2. Modelo organizacional e rotinas de atendimento.

Atualmente, a Clínica da Dor e Cuidados Paliativos do HUCFF é um setor do Serviço de Clínica Médica. Esse serviço é credenciado pela SBED como Centro Multidisciplinar de Dor. A equipe é composta por nove profissionais fixos, sendo: cinco médicos (dois anestesistas, dois clínicos e uma acupunturista); duas fisioterapeutas, uma enfermeira e uma psicóloga. Além disso, o setor ainda conta com a assessoria de dois

[35] Entende-se por Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia **(CACON)** o hospital que possua as condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência especializada de alta complexidade para o diagnóstico definitivo e tratamento de todos os tipos de câncer.

consultores, ou seja, profissionais de outro serviço que prestam assistência à Clínica da Dor em horários pré-determinados, sendo uma assistente social e um psiquiatra. Além desses profissionais, também participam dos atendimentos os alunos do curso de pós-graduação multidisciplinar oferecido pela clínica, os internos do curso de medicina e residentes dos programas de Clínica Médica, Geriatria e Neurologia.

No que diz respeito às rotinas, a Clínica funciona às segundas-feiras, quartas-feiras e sextas-feiras de 8h às 16h. As segundas-feiras e sextas-feiras, o serviço ambulatorial funciona em tempo integral, já às quartas-feiras, o período da manhã é reservado às atividades de ensino e a realização de procedimentos de bloqueio analgésico e acupuntura. No final da manhã, a equipe se reúne para discussão de casos clínicos. A assistência oferecida aos pacientes é ambulatorial, porém a clínica responde a pareceres oriundos das enfermarias nos três dias de funcionamento e também acompanha os pacientes da Clínica que por ventura estejam internados.

Em relação aos pacientes, a Clínica presta assistência a pacientes portadores de dores crônicas não-oncológicas, (com exceção da cefaléia, pois existe um programa específico de tratamento da cefaléia no Serviço de Neurologia do próprio hospital) e pacientes oncológicos em cuidados paliativos. No presente trabalho, iremos nos ocupar apenas do atendimento prestado aos pacientes com dores crônicas, que podem ser encaminhados à Clínica por qualquer uma das especialidades médicas do HUCFF, através de parecer ou referenciados por outros serviços de saúde conveniados ao HUCFF. Nesse caso, o encaminhamento é feito através de uma Guia de Referência. Todos os pareceres internos e encaminhamentos passam por uma avaliação prévia para verificar se estão dentro dos critérios para absorção na Clínica. Verifica-se se o motivo do encaminhamento tem relação com a especialidade solicitante, se o paciente está em acompanhamento regular com o solicitante, visto que a Clínica é um serviço de apoio e por isso não pode ser a única responsável pelo atendimento do paciente. No caso do parecer ser aceito, a marcação é feita e o paciente é contatado pela Chefia do Ambulatório. A Clínica oferece uma vaga para atendimento de parecer por turno de ambulatório, totalizando seis por semana.

Os pacientes que chegam pela primeira vez ao ambulatório são avaliados por um médico do serviço ou por um estagiário sob supervisão. Essa primeira avaliação inclui uma anamnese e uma história clínica e psicossocial detalhadas, além de um exame clínico completo. Recorre-se também ao uso de alguns instrumentos de avaliação padronizados. No final da consulta, o médico avalia a pertinência ou não da inclusão do paciente no programa

de tratamento. De modo geral, considera-se que só devem ingressar no programa pacientes para os quais já se tenha esgotado as possibilidades convencionais de tratamentos e, por isso, necessitam de tratamento especializado para a dor. Caso contrário, o parecer é respondido de modo a fornecer orientações ao médico solicitante sobre o caso e o paciente é reencaminhado à clínica de origem. Os pacientes aceitos para tratamento são, então, remarcados para uma segunda consulta com o mesmo médico e também é agendada uma avaliação com a fisioterapia. Devido à carência de profissionais de saúde mental, nem todos os pacientes passam pela avaliação da psicologia e da psiquiatria, sendo a necessidade ou não desse atendimento analisada pelo responsável do caso. Depois que todos os profissionais avaliam o paciente, o caso é discutido em equipe e o programa terapêutico é estabelecido. Este pode conter a inclusão em uma ou mais das modalidades terapêuticas individuais e grupais oferecidas pelo programa em fisioterapia, psicoterapia, tratamento medicamentoso e procedimentos de anestesia regional. Na maioria dos casos, os doentes também são orientados a engajar-se em alguma atividade física ou de fisioterapia regular fora do hospital como parte do programa de reabilitação. A terapêutica é orientada para a reabilitação biopsicossocial e a melhora do paciente é avaliada através de fatores como melhora dos padrões de sono, melhora do humor, melhora funcional, incremento das atividades ocupacionais, sociais e recreacionais, além das alterações no exame físico e, se for o caso, exames laboratoriais e de imagem. Para a permanência no programa, exige-se que o paciente freqüente regularmente todas as consultas marcadas. O tempo estimado para a conclusão do tratamento é de dois anos em média e, depois desse período, o paciente é reencaminhado para a clínica de origem.

4.2. Estratégias terapêuticas no tratamento da dor crônica:

Ao longo dos capítulos anteriores descrevemos o desenvolvimento de um modelo terapêutico que apresenta algumas particularidades não apenas no que se refere ao entendimento da doença como também às práticas terapêuticas. Neste sentido algumas características deste modelo terapêutico fazem da Clínica da Dor uma proposta singular, já que estas práticas se propõem a superar algumas posturas clássicas da medicina moderna. Analisaremos a seguir os limites e potencialidades da aplicação desse modelo a partir da nossa experiência clínico institucional no serviço referido. Para enriquecer essa discussão apresentaremos dois casos clínicos com o intuito de ilustrar os elementos apontados ao longo do capítulo.

4.2.1. Singularidade do modelo das clínicas da dor

As Clínicas da Dor, desde a sua gênese, propõem-se a reconhecer a legitimidade de uma queixa que não pode ser correlacionada com precisão a um achado orgânico. Isso significou historicamente o reconhecimento da dor, por si só, como um objeto de atenção da medicina. Esse reconhecimento foi o ponto de partida do trabalho de elaboração teórica que levou muitos anos para se consolidar. Bonica não se deteve diante das dificuldades encontradas para a legitimação da dor na medicina e, assim como outros que se agregaram a ele em tal empreitada, esse autor colocou o sofrimento dos pacientes acima do zelo pela cientificidade. Deste modo Bonica não se contentou em excluir do seu campo de investigação os fenômenos que insistiam em não se encaixar no modelo hegemônico de leitura da realidade, ignorando-os ou diminuindo sua importância.

Nesse sentido, a proposta terapêutica das Clínicas da Dor tinha e ainda tem como objeto uma queixa que insiste em revelar os limites da racionalidade médica, em especial, a medicina baseada na anatomopatologia. Esta terapêutica inovadora propõe-se a superar algumas posturas clássicas da medicina moderna como a dicotomização entre mente e corpo; a desconsideração da experiência subjetiva do adoecimento; a busca por uma lesão tecidual que responda como causa última da patologia; a meta da cura; a neutralidade científica; a verticalidade na relação médico-paciente, entre outros. Assim, tem-se uma grande discrepância entre este modelo de entendimento da doença e de administração dos cuidados em saúde e o modelo hegemônico nos serviços de saúde, nos quais a medicina da dor é praticada. Pode-se dizer que o modelo hegemônico de entendimento da doença e organização da assistência está fundamentado na racionalidade anatomopatológia e na medicina de vigilância. Tal discrepância, por sua vez, produz na prática clínica cotidiana muitos obstáculos para sedimentar um novo modelo assistencial. Em razão desse abismo teórico-prático, questiona-se: será que no cotidiano da assistência, a Clínica da Dor realmente consegue ir além do olhar anatomopatológico e, assim, construir uma modalidade de cuidado em saúde singular? E ainda, até que ponto a medicina da dor consegue ir além da gestão normativa do corpo através da administração da doença e até que ponto consegue respeitar a singularidade envolvida no processo de adoecimento? Tentaremos a partir de agora responder a essas questões refletindo acerca dos limites e potencialidades da medicina da dor. Para isto, iremos relatar dois casos clínicos com o objetivo de iluminar esta discussão. É importante ressaltar que a experiência clínica da autora como psicóloga da Clínica da Dor e Cuidados Paliativos do HUCFF/URRJ faz parte de uma trajetória profissional mais ampla nessa instituição, que se

iniciou com a participação no programa de estágio teórico-prático no Serviço de Psiquiatria e Psicologia Médica da referida instituição. Dessa forma, o nosso trabalho foi influenciado pelas preciosas orientações teóricas e clínicas desse serviço ao qual todos os profissionais de saúde mental da instituição estão ligados. Assim sendo, a nossa referência clínica é a confluência da Psicanálise, da Psicologia Médica e da Saúde Coletiva. No entanto, em função dos objetivos específicos desse trabalho, qual seja discutir as estratégias terapêuticas da clínica da dor e, mais especificamente nesse tópico, a dinâmica dos atendimentos interdisciplinares promovidos pela clínica da dor, não iremos nos aprofundar nos aspectos psíquicos do caso ou nos detalhes do atendimento psicológico. Desse modo, escolhemos não discutir estes casos do ponto de vista da psicanálise, apesar de ser esta a nossa referência para pensar os fenômenos que perpassam as interações entre os atores envolvidos nos relatos.

4.2.2. Casos Clínicos [36]

A primeira paciente, que nós vamos chamar de Ana, é uma mulher de 45 anos, casada e mãe de um filho de 20 anos. Ana trabalhava como representante de vendas até que começou a sentir fortes dores em queimação nos pés e tornozelo, que pioravam com a deambulação. Essas dores foram aumentando de intensidade e começaram a interferir na produtividade do trabalho, visto que ela precisava visitar várias lojas diariamente, sempre carregando um material de divulgação muito pesado. Ana tentou durante um tempo esconder do seu empregador que estava tendo dificuldades em realizar suas tarefas, mas após algum tempo a queda na produtividade da funcionária, que sempre foi exemplar, chamou a atenção da supervisora que a procurou para uma conversa. Durante essa conversa, Ana acaba confessando que vinha sentido dores nos pés. A supervisora aconselha Ana a licenciar-se para que pudesse tratar o seu problema de saúde e então voltar a trabalhar. Ela assim o fez e, após uma investigação inicial, foi encaminhada para o Serviço de Ortopedia do HUCFF, onde foi diagnosticada com Síndrome do Túnel do Tarso[37] e submetida a um cirurgia de descompressão do Nervo Tibial. Após alguns meses as dores voltaram, a ortopedia avaliou que não havia indicação de submeter a paciente a um novo procedimento cirúrgico e Ana foi então encaminhada para a Clínica da Dor, onde foi diagnosticada com Tarsalgia[38] e iniciou o tratamento medicamentoso e fisioterápico. Após cerca de um ano de tratamento foi solicitada uma consulta conjunta com a Psicologia.

---

36 Os nomes e alguns dados foram alterados ou omitidos com o intuito de proteger a identidade das pessoas envolvidas.

37 A Síndrome do Túnel do Tarso é a condição resultante da compressão do nervo tibial posterior pelo ligamento do tornozelo.

38 Dor neuropática na trajetória do nervo tibial.

Nessa consulta conjunta estavam presentes, o médico responsável pelo caso, o marido da paciente (Jorge) e a paciente. Durante a consulta, Ana chorava muito e dizia não saber o que estava acontecendo com ela, pois vinha sentindo-se progressivamente mais triste e irritada. Além disso, não conseguia fazer suas atividades domésticas como antes, já que vinha se sentindo muito desanimada e suas dores tinham piorado muito. Disse sentir-se muito confusa e constantemente se perdia na rua e em casa não conseguia se concentrar no que estava fazendo. O marido coloca que está muito preocupado com a esposa, pois ela tem apresentado um comportamento muito estranho. Está muito alheia e apática a maior parte do tempo, mas em alguns momentos tem acessos de raiva muito desproporcionais à situação, chagando a tentar agredir fisicamente a ele e ao filho, necessitando ser contida até acalmar-se. Ele acrescenta que Ana sempre foi uma mulher muito ativa e alegre, embora ele reconheça que a esposa sempre tenha tido um gênio forte e também que ela tenha ficado mais irritadiça após ter se afastado do trabalho. Ele afirma que Ana nunca tinha apresentado um comportamento tão "estranho", conta que está sendo muito difícil lidar com ela e que ele tem medo de deixá-la sair na rua sozinha, razão pela qual ela tem chegado atrasada e até faltado a algumas consultas, pois ele precisa sair do trabalho para poder trazê-la ao hospital. Jorge ainda conta que Ana começou a comportar-se assim após uma briga muito séria que ocorreu na família dela e da qual Ana participou. A paciente admite que começou a sentir-se mal após esse evento, mas acrescenta que não sabe dizer por que ficou tão abalada.

Combinamos, juntamente com a paciente e seu marido, que o caso seria discutido pela equipe e remarcamos uma consulta para a semana seguinte para definir uma conduta junto com a paciente. Na discussão em equipe, o médico coloca que acreditava que a paciente seja portadora de um transtorno psiquiátrico mais grave, o qual precisa ser tratado para que se possa dar seguimento ao tratamento médico, acrescentando que estava difícil traçar uma conduta terapêutica para o caso, em função da dificuldade que a paciente tem para relatar os seus sintomas com clareza e pelo fato dela não comparecer com freqüência às consultas. Sugiro então que a paciente continue sendo acompanhada pelo médico, visto que ela tem uma patologia dolorosa que exige o uso regular de medicação, mas que paralelamente ela faça uma avaliação com o psiquiatra e inicie o tratamento psicoterápico. Argumento ainda que a questão da adesão seja relativizada em função do momento difícil que a paciente vem apresentando. O médico concorda com a conduta sugerida. Na consulta com a paciente, o tratamento é acordado e inicia-se paralelamente ao tratamento médico, um acompanhamento psicoterápico e psiquiátrico.

Durante a psicoterapia, após algumas sessões, Ana consegue falar a respeito do episódio que desencadeou a sua mudança de humor. Conta que a briga que ocorreu na sua família foi basicamente entre ela e um familiar com quem ela mantinha pouco contato por ter uma relação difícil. Durante a briga, veio à tona uma situação que ela tinha conseguido "evitar pensar durante muito tempo, era como se não tivesse acontecido, como um sonho ruim e agora eu não consigo mais parar de pensar nisso". Ana havia sido sistematicamente abusada sexualmente por esse familiar durante boa parte da sua infância. Ela nunca havia contado esse fato a ninguém. Relembrar esse episódio e reviver essa situação durante a briga teve um efeito devastador para Ana. A psicoterapia foi muito difícil, especialmente em função do fato da paciente morar longe e não conseguir se deslocar sozinha até o hospital, além de uma série de outros eventos trágicos que ocorreram durante o processo, os quais contribuíram para agravar ainda mais o quadro. Durante o período de cerca de um ano, a paciente permaneceu sendo acompanhada regularmente, ou com a regularidade que foi possível para ela, por mim e pelo psiquiatra e, apesar desses percalços, Ana recentemente começou a ter uma discreta melhora.

Em relação às consultas médicas, estas se davam sempre a nosso pedido e consistiam quase que exclusivamente na prescrição dos medicamentos. Nas poucas vezes que o caso foi discutido, o médico queixava-se do fato de não estar conseguindo tratar adequadamente a paciente, a qual normalmente vinha fora dos dias marcados para as consultas. O médico sugeriu que seria mais proveitoso encaminhá-la a uma unidade de saúde próxima a sua casa para que ela dessa continuidade ao tratamento. Após algum tempo, apesar dos argumentos da saúde mental, contra-indicando o desligamento da paciente do programa, em função principalmente da gravidade do caso, do perigo de desfazer bruscamente o vínculo que ela tinha estabelecido com o serviço, além da necessidade de dar continuidade ao tratamento da dor, a paciente acabou recebendo alta médica. Essa alta foi rediscutida algum tempo depois e, por insistência nossa, a decisão foi revertida e no momento ela está sendo reavaliada por outro médico e o tratamento está sendo redefinido.

A segunda paciente, que vamos chamar de Rita, é uma mulher de 55 anos, casada, aposentada e mãe de dois filhos, vendedora autônoma. Há cerca de cinco anos Rita realizou uma cirurgia para correção de uma fratura de calcanhar que, após várias complicações e diversas cirurgias, resultou em uma dor neuropática residual em pé e perna esquerdos, além de limitações de movimento que dificultavam a deambulação. Rita foi encaminhada ao Serviço de Ortopedia do HUCFF, onde realizou uma cirurgia de correção e teve uma pequena

melhora da dor e da movimentação. Em 2005, ela foi encaminhada pela Ortopedia para a Clínica da Dor e iniciou o tratamento conservador com medicações e fisioterapia. Rita se considera vítima de erro médico e por isso mostrou-se muito desconfiada com a equipe e com o tratamento, mudou algumas vezes de médico e atualmente está há cerca de dois anos em tratamento com o mesmo profissional, com quem mantém um bom relacionamento. Desde que esse profissional ficou responsável pelo tratamento, as consultas acontecem quase sempre em conjunto com a psiquiatria e algumas vezes comigo. Rita teve uma vida muito difícil, não conheceu seu pai e tinha um relacionamento muito difícil com a mãe, sofrendo maus tratos em casa. Desde muito pequena, ela morou por longos períodos na rua. Depois de adulta, acabou se tornando usuária de drogas, envolveu-se com o tráfico e ficou presa durante um tempo. Nos últimos dez anos, ela decidiu mudar de vida, abandonou as drogas e o crime e começou a dedicar-se à Igreja, ganhando a vida como vendedora autônoma. O tratamento de Rita foi perpassado por muitos altos e baixos. Ela teve muita dificuldade em aceitar as limitações impostas pela dor e em superar a revolta de ter sido vítima de erro médico. Durante alguns períodos, a pedido da própria paciente, ela foi acompanhada por mim individualmente, paralelamente às consultas conjuntas. A maior parte das suas recaídas teve relação com conflitos interpessoais. Rita é sempre muito desconfiada em relação às pessoas e em diversas situações da sua vida interpreta precipitadamente algumas atitudes de pessoas de sua relação como sendo sinal de traição. Em reação a isso, ela costuma isolar-se, atitude que gera muito sofrimento para a paciente.

Apesar das dificuldades, ela conseguiu prosseguir com o tratamento e continuar trabalhando, além disso, retomou aos estudos e conseguiu terminar o ensino médio. Há alguns meses, o médico iniciou um processo de redução da medicação da paciente em função da melhora do quadro. Recentemente, ela teve um quadro súbito de mudança do humor e uma piora significativa das dores, começando a aumentar por conta própria a quantidade de medicação. Preocupado com essa questão, o médico discute o caso com a equipe e combina uma consulta conjunta, na qual estavam presentes o médico, o psiquiatra e eu. Rita contou então que estava precisando de ajuda, pois vinha se sentindo muita angustiada, sem entender bem o que se passava com ela. Desde que começou a acompanhar um caso de abuso sexual contra uma menor que está sendo muito noticiado na TV, ela começou a pensar muito em alguns episódios da sua vida que há muito tempo não lhe vinham à mente e isso estava lhe causando muito sofrimento. Ela conta, então, que foi abusada sexualmente pelo padrasto quando criança e que depois de adulta foi estuprada em casa por vários homens. Rita diz que

relembrar esses episódios do passado tem mexido muito com o seu humor e com a sua dor e que sente que precisa de ajuda para superar essa fase. A equipe combina com a paciente que a retirada da medicação será suspensa temporariamente em função do recrudescimento da dor e que ela retornará à psicoterapia individual durante o tempo que for necessário.

Estes dois casos têm em comum o fato de que ambos são, em função tanto dos elementos relacionados à dor como em relação aos fatores psicossociais envolvidos, considerados casos de difícil abordagem[39]. O que se pretende destacar nessa apresentação é a diferença na abordagem desses dois casos e em como essas diferenças acabaram por determinar os resultados do tratamento. Embora em ambos os casos, a paciente tenha sido avaliada e tratada pelas diversas especialidades da Clínica da Dor, no caso de Ana, esse trabalho se deu de forma desintegrada e a equipe não conseguiu chegar a um consenso acerca da proposta terapêutica. Se por um lado, a equipe de saúde mental conseguiu manter a Ana em tratamento, minimizando mesmo que parcialmente seu sofrimento, o tratamento como um todo foi ineficaz, uma vez que esses profissionais não conseguiram dar conta dos aspectos fisiológicos do caso e a relação médico-paciente não se sustentou ao longo do tratamento. Não se trata aqui de criticar a atitude do médico. Ocorre que, de alguma forma, esse caso ultrapassou os limites que esse profissional se sentia capaz de suportar ou o que era da sua competência profissional, o que foi sinalizado várias vezes por ele. É justamente nessas situações limite que o recurso à interdisciplinaridade pode funcionar como uma estratégia para superação dos limites pessoais e profissionais, seja compartilhando conhecimentos que ajudem a entender o que se passa com o doente, seja dividindo as angústias e responsabilidades ou questionando posturas e condutas. Esse tipo de integração foi o que tornou possível superar as dificuldades e sustentar o projeto terapêutico no caso de Rita.

Os impasses, dificuldades e desfechos de ambos os casos remetem ao que dissemos anteriormente de que é impossível separar os mecanismos fisiológicos e psicológicos responsáveis pela dor, devendo tais fatores ser igualmente considerados na análise das queixas e na elaboração das estratégias de tratamento. Além disto, o que nos parece ainda mais relevante, é que em ambos os casos, assim como em inúmeros outros na Clínica da Dor, o que

---

[39] Como dissemos anteriormente, não iremos discutir detalhadamente as questões psíquicas relacionadas, mas apenas gostaríamos de registrar como possível tema para estudos futuros a freqüência com que surgem durante os atendimentos psicoterápicos a pacientes portadores de dores crônicas, relatos traumáticos de violências (sexual ou não) ou abandono durante a infância e que possivelmente estão relacionados com o acentuado sofrimento que acompanham a vivencia de fragilização que acompanha, em maior ou menos grau, todo quadro de dor .

possibilita a continuidade e em certa medida a eficácia do tratamento é o estabelecimento de um vínculo terapêutico, ou seja, de uma relação transferencial efetiva que poderá ser realizada com um ou mais profissionais da Clínica, constituindo assim um solo fértil para a viabilização do trabalho interdisciplinar.

4.2.3. Limites e potencialidades do modelo terapêutico das Clínicas da Dor.

Em primeiro lugar, tanto as potencialidades como os limites da efetivação do modelo das Clínicas da Dor são ambos provenientes da singularidade do objeto desse modelo terapêutico, qual seja, a dor. Um dos aspectos mais fascinantes e complexos da dor é o fato dela se localizar na fronteira entre o corpo e a mente (LIMA e TRAD, 2007; 2008). Esse aspecto é muito valorizado pelo modelo teórico das Clínicas da Dor, especialmente porque essa característica é muito relevante na construção do conceito de dor crônica como uma síndrome provocada pela persistência da dor e composta tanto por sintomas físicos como psíquicos. Esse processo de cronificação é entendido como conseqüência da persistência do estímulo doloroso, sendo que no modelo inicial postulado por Bonica, essas alterações eram entendidas como frutos do desgaste físico e mental provocado pela dor a longo prazo. Contudo, progressivamente foi se introduzindo a idéia de que a dor persistente provoca alterações estruturais no sistema nervoso, fazendo com que o processo álgico se automatize e a dor possa ser produzida independentemente de um estímulo doloroso. Atualmente, essas duas explicações são válidas, porém a hipótese que se baseia na neuroplasticidade, provavelmente por se aproximar mais da medicina científica, é mais valorizada. Entretanto, ambas as hipóteses admitem que na dor crônica exista uma relação de retro alimentação entre os sintomas físicos e psíquicos que são responsáveis pela persistência da dor e pelo borramento das fronteiras entre essas duas categorias. Como conseqüência desse entendimento, é impossível separar os mecanismos fisiológicos e psicológicos responsáveis pela dor, o que leva à premissa de que esses fatores devem ser igualmente considerados tanto na análise das queixas, como na elaboração das estratégias de tratamento.

Entretanto, considerando que o paradigma que domina o ensino e a prática médica ainda é eminentemente dualista, na prática cotidiana das Clínicas da Dor, a tentativa de localização espacial da dor no corpo e a definição das suas características ainda são as estratégias privilegiadas pelo médico na tentativa de dar inteligibilidade ao fenômeno doloroso. Tal racionalidade ainda é a forma mais segura para a orientação da terapêutica médica. Assim, quando o paciente apresenta sinais orgânicos claros que justifiquem a sua dor

e indiquem com certa precisão a orientação terapêutica, os aspectos psicossociais não costumam chamar tanto a atenção do clínico (LIMA e TRAD, 2007;2008). Porém, se esse mesmo paciente não apresentar melhora com o tratamento indicado ou a apresentação das queixas assumirem um padrão que não corresponda mais aos achados clínicos, a investigação dos componentes psicossociais que possam estar provocando a manutenção ou intensificação do quadro passam a ser buscados com mais afinco. É importante destacar que essa dificuldade de analisar o paciente de forma complexa não é exclusividade do médico, o profissional de saúde mental, por exemplo, também tende muitas vezes a valorizar apenas os aspectos psíquicos do paciente. Parte desse problema deve-se ao modelo de educação dos profissionais de saúde que, de forma geral, tem uma estruturação disciplinar compartimentada, tanto no que diz respeito aos conteúdos quanto pela excessiva valorização de ações predominantemente individuais durante a formação na área da saúde. Deste modo, o trabalho integrado não é contemplado nos currículos da maioria dos cursos de graduação das profissões da área da saúde. A dificuldade em integrar os aspectos físicos, psíquicos e sociais é mais acentuada nos profissionais que estão se aproximando desse campo, como é o caso dos alunos que circulam pela Clínica. Na realidade da clínica da dor pesquisada, ao longo do curso de especialização, pode-se perceber claramente que tais alunos vão adquirindo paulatinamente a habilidade de fazer correlações entre os sintomas físicos e os elementos subjetivos trazidos pelo paciente, mesmo aqueles alunos que já têm uma experiência razoável na profissão. É interessante perceber também que os profissionais que têm formação em abordagem mais holística, como a medicina chinesa, costumam apreender essa lógica com mais facilidade.

Por outro lado, para os pacientes, a apreensão dessa forma de entender a dor também não é muito simples. O clínico de dor precisa ter experiência e habilidade para poder introduzir progressivamente esse entendimento biopsicossocial da doença. Num primeiro momento, qualquer atitude ou comentário que insinuem que a dor se deve a fatores psicológicos são muitas vezes interpretados pelo paciente como indício de suspeita por parte do médico sobre a veracidade da sua dor. Consequentemente, esse mal entendido pode gerar resistências e até abandono do tratamento. Por isso, o encaminhamento para uma avaliação do setor de saúde mental geralmente não é feito sem que o paciente tenha estabelecido um vínculo com o médico e sem que este tenha demonstrado que realmente acredita na dor do paciente e reconheça a influência dos aspectos psíquicos sem que isso invalide a veracidade da dor. Uma estratégia terapêutica própria das Clínicas de Dor para reduzir essa tendência

natural à fragmentação do paciente pelas especialidades envolvidas no tratamento é o recurso às Consultas Conjuntas.

Segundo Mello Filho e Silveira (2005), a Consulta Conjunta é uma técnica originária da Interconsulta[40] e consiste em reunir "na mesma cena, profissionais de saúde de diferentes especialidades, o paciente e, se necessário, a família deste, a partir da solicitação de um dos profissionais para complementar e/ou elucidar aspectos da situação de cuidado em andamento que fujam ao entendimento do solicitante ao traçar uma conduta terapêutica" (pág. 147). Através da promoção da integração entre pessoas e saberes no cotidiano dos serviços de saúde, essa estratégia visa "sensibilizar, mobilizar e capacitar para mudar concepções, práticas e relações a fim de proporcionar cuidado integral à saúde" (pág. 147). Além disso, os autores acrescentam que o objetivo da estratégia terapêutica da Consulta Conjunta é tanto aperfeiçoar a assistência ao paciente como qualificar os profissionais que dela participam (MELLO FILHO e SILVEIRA, 2005).

O tratamento através do exercício efetivo e dinâmico da ação interdisciplinar talvez seja a principal inovação das Clínicas da Dor, pois essa estratégia terapêutica tem grande potencial para produzir mudanças objetivas na prática dos profissionais de saúde. Certamente, é através desse encontro de diferentes saberes (às vezes complementares, outras vezes contraditórios) em situações práticas da assistência que se torna possível produzir um acréscimo real de conhecimentos, habilidades e atitudes capazes de instrumentalizar os profissionais para atuar em sintonia com as necessidades e demandas singulares de cada paciente, superando uma das principais falhas das práticas de saúde tradicionais. Igualmente, submeter os impasses da clínica à discussão interdisciplinar, quer seja através das interconsultas, quer seja nas reuniões de equipe, é também uma forma de minimizar o risco de julgamentos e decisões precipitadas a respeito do paciente. Isso porque a colocação de diferentes pontos de vista suscita a reflexão e a busca por soluções mais elaboradas, minimizando o risco de julgamentos baseados em perspectivas unilaterais ou na reprodução padronizada e acrítica de protocolos. Desse modo, romper com a fragmentação e com a concentração da informação sobre o paciente pode ajudar a identificar os diferentes aspectos envolvidos no processo saúde-doença e ampliar o repertório de recursos para lidar com os diferentes fatores envolvidos nas situações de adoecimento.

---

[40] A Interconsulta é uma ação de saúde interprofissional e interdisciplinar que tem por objetivo integrar e promover a troca de saberes de diferentes atores que atuam nos serviços de saúde, visando o aprimoramento da tarefa assistencial. Faz-se por meio de pedido de parecer, discussão de caso e consulta conjunta (MELLO FILHO e SILVEIRA, 2005).

Verifica-se, então, que a prática interdisciplinar efetiva promove também a solidariedade entre os profissionais, possibilita o compartilhar dos problemas e o suporte mútuo, tão necessário frente a uma prática complexa e repleta de dúvidas e ansiedades, as quais são frutos das características particulares do trabalho com a dor crônica. Em função da proposta das Clínicas da Dor voltar-se essencialmente para a reabilitação biopsicossocial, o papel do doente não é o mesmo que existe no processo terapêutico tradicional. A necessidade e a exigência de adesão ao tratamento impõem ao doente a necessidade de que ele se responsabilize pelo seu sofrimento e se engaje em um programa de reversão, mesmo que parcial, dos danos provocados pelo adoecimento. Por outro lado, cabe ao médico nesse processo a função de indicar e monitorar o andamento do tratamento proposto. Portanto, os esforços dos pacientes agora se integram na organização do trabalho dos profissionais de saúde de uma forma mais intensa.

Além disso, o processo de aceitação e adaptação da cronicidade da dor é longo e cheio de obstáculos. Esses obstáculos só podem ser transpostos se essa proposta terapêutica de longo prazo entre médico e paciente for clara para ambos, bem acordada e, mesmo assim, periodicamente reavaliada e muitas vezes flexibilizada através de negociações implícitas e explícitas que visam ajustar os conflitos, possibilitando que as partes permaneçam juntas. Esse relacionamento médico-paciente singular, que nasce dos acordos necessários ao estabelecimento e manutenção desse contrato terapêutico, é marcado pelo uso de estratégias de negociação, persuasão, rejeição ou reforço mútuo que, muitas vezes, não está muito claro para ambas as parte. Nessa dinâmica, o desacordo entre médico e paciente no que se refere ao entendimento da causa e da natureza da dor é um dos conflitos mais comuns e um dos principais obstáculos à sobrevivência do projeto terapêutico para o tratamento da dor crônica. Na raiz desse desacordo estão algumas características particulares da vivência subjetiva da dor crônica que serão analisadas a seguir.

Kotarba (1983) descreve o processo psicossocial através do qual uma pessoa se transforma em um “paciente de dor crônica”. Assim, o autor coloca que, de modo geral, a pessoa que sofre de dor defende-se desse sofrimento recorrendo aos seus recursos internos sempre na tentativa de obter controle sobre a sua dor. Controlar a dor, através de esforços para eliminá-la ou atenuá-la, diz respeito à necessidade urgente de proteger a integridade corporal e a auto-imagem ameaçadas pela experiência da dor. Essa necessidade faz com que a pessoa rejeite automaticamente qualquer descrição clínica da sua condição dolorosa como sendo algo irreversível, ou seja, o indivíduo continua acreditando que a sua dor vai acabar. Para

compreendermos melhor esse processo, recorreremos mais uma vez a Kotarba (1983) que descreve três fases na “carreira” clássica do paciente com dor crônica (KOTARBA, 1983)

Na primeira fase, que ele chama de “aparecimento da dor", a dor é entendida como um evento transitório e a pessoa tenta se livrar dela primeiramente por sua própria conta e depois recorrendo ao sistema de cuidados de saúde, sempre com a esperança de eliminá-la, seja através de recursos próprios, seja por meio do diagnóstico e do tratamento médicos. O médico, por sua vez, também tende a tratar o quadro num primeiro momento como se fosse um evento agudo, ou seja, diagnostica os elementos que dizem respeito às bases fisiológicas da dor e aplica o tratamento indicado. No caso da dor crônica, esse tratamento tem pouco ou nenhum impacto ou resolve o problema apenas temporariamente (KOTARBA, 1983)

Então, na segunda fase, que o autor denomina de "emergência das dúvidas”, os tratamentos médicos começam a ser vistos pelo paciente como ineficazes e ele passa a buscar ativamente ser encaminhado a diferentes especialistas na esperança de ter a sua dor curada. Ainda segundo o autor, essa busca por encaminhamentos faz parte de um mecanismo mobilizado pelo sujeito como uma tentativa inconsciente de controlar a sua situação, tanto do ponto de vista da preservação da autonomia, quanto para controlar o impacto social da sua doença, provando para as outras pessoas que ele está buscando curar-se, através da obtenção da melhor assistência possível[41]. Em contra partida, o especialista tende a prescrever exames e tratamentos mais radicais e muitas vezes dolorosos. Porém, mas uma vez, o paciente vai gradualmente percebendo que estes tratamentos não estão funcionando. Assim, o sujeito chega ao terceiro momento denominado de “a experiência de dor crônica”, na qual a pessoa, convencida das insuficiências da medicina em relação ao seu caso, tenta se tornar independente dela, buscando alternativas de adaptação como forma de reconstruir sua identidade (KOTARBA, 1983)

Assim, normalmente os pacientes que chegam à Clínica da Dor estão passando por um processo que corresponderia à segunda fase desse processo. Eles já têm um longo percurso de tratamentos médicos mal sucedidos, estando muito desgastados psicologicamente pela dor. Geralmente, eles já vivenciam uma série de dificuldades sociais, financeiras e

---

[41] O sociólogo americano Talcott Parsons (1902-2004) defende que a sociedade só legitima a doença e oferece suporte ao indivíduo se ele adequar-se ao papel que lhe é imposto. Em relação à doença, para que o sujeito possa gozar legitimamente do apoio social, deve-se poder reconhecer basicamente quatro características: a) A irresponsabilidade do paciente pelo seu estado; b) A sua dependência em relação à outra instância social, médica ou não; c) O seu afastamento, em grau diverso, dos outros papéis sociais; d) **A obrigação (compulsoriedade) de buscar saída para esta situação** (PARSONS, 1951)

familiares geradas pela dor e estão desconfiados e revoltados com o sistema de saúde. Sentem-se desacreditados na sua dor pelos médicos, familiares e sistema de seguridade social. Esses pacientes, apesar de sofrerem há muito tempo, de já terem passado por muitos médicos e terem tentado muitos tratamentos, na maioria das vezes, lidam com a sua dor como se ela fosse um evento agudo. Logo, eles apresentam o que se costuma chamar na Clínica da Dor de "comportamento de dor aguda". Esse quadro se refere ao fato do paciente comportar-se como se estivesse vivenciando um quadro de dor aguda, independente da duração do seu quadro álgico. Esse tipo de comportamento deve-se ao fato do paciente também acreditar que a sua dor está associada com alguma lesão ou doença que ainda não foi descoberta. Essa crença, muitas vezes, acaba sendo um motivo adicional de estresse para o paciente, que costuma associar a duração e a intensidade da dor com uma suposta gravidade da condição subjacente que estaria ocasionando a sua dor. É justamente nesse ponto que as propostas médicas de administração da dor costumam confrontar-se mais comumente com as expectativas do doente. Esse fato mostra que muitos dos valores que norteiam a racionalidade médica tradicional também habitam o imaginário dos pacientes, pois o doente entende sua dor como sinal de uma lesão e acredita que é dever da medicina descobrir a causa da dor e administrar um tratamento que solucione o problema. Além disso, acreditam que agora que chegaram a um serviço especializado em dor serão submetidos a uma investigação criteriosa, associada normalmente ao uso de exames sofisticados, após a qual a causa da sua dor será finalmente descoberta e curada. Uma outra característica do "comportamento de dor aguda" é o fato do paciente acreditar que precisa repousar, pois qualquer tipo de atividade vai piorar a sua doença e, conseqüentemente, sua dor. Em função disso, ele passa a solicitar a ajuda da família ou de outras pessoas próximas para executar suas tarefas, afasta-se das suas atividades laborais e recreacionais, além de rejeitar qualquer sugestão médica para engajar-se em alguma atividade física ou de fisioterapia. Atitude completamente incompatível com a proposta de reabilitação normalmente preconizada pela Clínica (BASZANGER, 1989; TURNER e ROMANO, 1990; GILDEMBERG e DEVAUL, 1987)

Esse entendimento a respeito da dor fundamenta-se também em experiências passadas, geralmente relacionadas à dor aguda, que consiste na comparação de suas experiências com as vivências de outras pessoas e história familiar. Além disso, ainda interferem na experiência dolorosa os múltiplos fatores relacionados à singularidade de cada paciente e a sua realidade de vida concreta. Assim, essas múltiplas variáveis vão dar origem a uma forma única de compreender e se relacionar com a dor.

Diante disso, desfazer essas expectativas, conscientizar o paciente da cronicidade da sua dor e convencê-lo a engajar-se em um longo programa de reabilitação que vai garantir, no máximo, algum alívio da dor, é uma tarefa árdua e dificilmente será bem sucedida se for empreendida através da imposição médica. Essa tarefa envolve, em primeiro lugar, a possibilidade de se estabelecer uma comunicação efetiva com o paciente e ter empatia com o seu sofrimento para compreender, entre outras coisas, como ele experiência a sua dor, quais as teorias que ele desenvolveu ao longo do tempo para tentar entender o que se passa com ele, quais as perdas que a dor lhe impôs e quais ganhos ele teve que construir para diminuir seu sofrimento, o que ele espera do tratamento e quais são as suas limitações e potencialidades reais para o engajamento no tratamento. Por conseguinte, essa é uma tarefa que envolve o estabelecimento de uma relação de confiança entre profissional de saúde e paciente e uma linguagem comum que possibilite a compreensão mútua indispensável à negociação dos sentidos da dor e das possibilidades de tratamento. Somente assim, será possível para o médico fazer o diagnóstico multidimensional da dor do paciente e traçar um programa terapêutico adaptado às singularidades de cada caso, assim como também propiciará ao paciente condições de entender, aceitar e aderir ao tratamento.

Essa relação terapêutica particular, necessária à realização das complexas tarefas e aplicação do tratamento da dor crônica, expõe o profissional de saúde, em especial o médico, a situações muito diversas das convencionais e que por isso exigem habilidades que normalmente não são valorizadas na sua formação. Verifica-se então que, apesar dos avanços em relação ao entendimento dos múltiplos processos envolvidos no adoecimento serem amplamente aceitos em nível teórico, eles ainda não foram incorporados pela racionalidade que orienta as práticas e isso se reflete também no ensino médico. Assim, a experiência do adoecimento de modo geral não é um objeto de estudo valorizado no curso médico. Em relação à dor, em particular, ela ainda é pouco reconhecida como uma entidade médica. Nas entrelinhas do discurso acadêmico e no treinamento médico, a dor ainda é fortemente associada à idéia de lesão, de proteção e, portanto, considerada um sintoma. Dessa forma, na ausência de ferramentas que permitam dar conta das especificidades desse trabalho com a dor enquanto uma doença determinada pela experiência subjetiva de sofrimento, o profissional acaba recorrendo a outros conhecimentos, crenças e valores, de forma mais ou menos consciente, para guiar o seu julgamento. Conseqüentemente, o que se passa numa consulta de um paciente com dor crônica na Clínica da Dor acaba muitas vezes aproximando-se mais de

uma abordagem pessoal de cada profissional do que de um procedimento técnico padronizado (BASZANGER, 1992; LIMA e TRAD, 2007;2008).

Além disso, essa tarefa se torna ainda mais complexa se considerarmos que se aproximar da experiência da dor e da doença implica aprender a guiar as ações terapêuticas a partir dos dados fornecidos pela narrativa do doente. Tal narrativa, uma vez que é enriquecida por sentimentos e sensações subjetivas, aproxima-se mais de um relato ficcional do que dos textos técnicos que costumam guiar as condutas médicas tradicionais e por isso parecem ter uma validade científica bastante restrita. Assim, a consideração da narrativa do doente vai esbarrar em algumas exigências próprias do contexto mais geral em que as Clínicas da Dor estão inseridas. Um destes entraves é a necessidade que o profissional de saúde, especialmente o médico, tem de encontrar dados que possibilitem construir um raciocínio objetivo que possa orientar, de forma segura, o diagnóstico e as decisões terapêuticas. Essa exigência, própria da cultura médica, de se chegar a um diagnóstico correto e uma terapêutica precisa, em outras palavras, não duvidar e não errar, exerce uma pressão constante sobre o profissional, gerando muitas angústias e às vezes decisões precipitadas.

Assim, quando as queixas do paciente insistem em não fornecer nenhum elemento que possa fundamentar o raciocínio clínico, a narrativa do doente corre o risco de ficar muitas vezes sob suspeição ou em segundo plano em relação à necessidade de se chegar a uma objetividade mínima. Assim, a ambivalência entre o respeito à subjetividade e a necessidade de objetivação está presente o tempo todo no cotidiano clínico, principalmente quando o paciente apresenta muitos e graves sintomas psíquicos ou quando se suspeita que na manutenção das queixas estejam predominando os chamados "ganhos secundários da doença", em especial as questões relacionados à previdência social. A primeira categoria de pacientes, os pacientes "psicologicamente muito comprometidos", tende a provocar nos médicos sentimentos de confusão e impotência de tal magnitude que geram, em muitos casos, atitudes conscientes ou inconscientes de rejeição. Uma das mais comuns é o pedido de avaliação pela saúde mental, seguido do "esquecimento" de marcação de retorno para a consulta médica, ou mesmo a alta terapêutica em razão da não adesão ao tratamento. Alguns profissionais declaram explicitamente que acreditam não poder fazer nada pelo paciente, pois o seu problema é de saúde mental, independente de muitos desses pacientes terem lesões orgânicas graves e claras – como está ilustrado no primeiro caso apresentado. Essa questão, que de modo geral se refere à tendência à "invisibilidade" do corpo do paciente psiquiátrico, é um problema muito mais amplo que se refere ao sistema de saúde em geral. A outra categoria

é a dos pacientes que têm aparentemente fortes "ganhos secundários[42]" na origem da manutenção da sua doença, termo que costuma ser erroneamente confundido com "simulação", especialmente quando estão envolvidos ganhos financeiros. É fato que o nosso sistema trabalhista e previdenciário, com sua carência de programas de recolocação profissional efetivos para pessoas que sofrem de incapacidade parcial, acaba por induzir o apego excessivo ao auxílio doença, levando o paciente a buscar provas para o médico de que ele está realmente incapacitado e que por isso precisa de um laudo que comprove essa incapacidade. Esta é uma questão complexa e não cabe aqui explorá-la em seus detalhes, mas cabe colocar que na maioria das vezes, as condições de vida desses pacientes em licença médica são muito inferiores às que ele possuía anteriormente, quando ainda trabalhava. Além disso, vale a pena avaliar se a adesão ao papel de doente não é muitas vezes a única alternativa vislumbrada pelo indivíduo frente à perda do papel social de trabalhador.

Diante desses casos de difícil definição, onde existe uma grande dificuldade de se chegar a alguma conclusão a partir da narrativa do doente, a operação mental que separa a dor do sofrimento muitas vezes acaba sendo automaticamente acionada na tentativa de imprimir alguma objetividade ao fenômeno doloroso. Nesses casos, muitas vezes, a necessidade de se depurar a narrativa do paciente em busca do que há de fisiológico e incontestável na sua queixa, acaba pondo sob suspeita o sofrimento e a singularidade do indivíduo, afastando-os da competência do profissional de saúde. Segundo Leão (2002)

> "(em relação à dor) Essas razões transferenciais, que esse sintoma em si já instiga, fazem com que muitas vezes a dor seja dividida, rejeitada e, por fim, dirigida a um outro que, em tese, possa "melhor" suportá-la". Essas dissonâncias em relação à atuação terapêutica agravam-se ainda mais, do ponto de vista teórico e técnico, quando, porventura, esse sintoma é epistemologicamente fragmentado entre procedimentos médicos e procedimentos psicoterápicos. Cisão que pode deixar a dor numa lacuna, numa solução de continuidade, num lugar sombrio entre o soma e a psiquê, aumentando o abismo do entendimento desse fenômeno (Leão, 2002, pág. 10) (...) A dor, seja qual for, é traduzida em linguagem para um outro e, através desse dizer, constrói-se transferencialmente um incômodo de palavras. A dor, ou o sofrimento, alfineta o narcisismo daquele que cuida que, invadido por um *pathos* ambíguo, paixão odiosa, tenta arremessá-lo

---

[42] Referem-se de modo geral ao uso do sintoma, da não melhora ou do sistemático boicote às medidas terapêuticas, como forma de expressar sentimentos como a raiva do marido, do patrão e mesmo do médico ou da instituição. Os mesmos recursos poderão ser utilizados, outras vezes, como forma de pedir ajuda ou de expressar sentimentos que o paciente não pode tolerar na consciência, nem tampouco verbalizar, como carência afetiva, desamparo, insegurança, etc. (SOAR FILHO, 1998).

> para um outro campo de saber. Ora a dor é médica, ora agride fisicamente o analista (LEÃO, 2002, pág. 37).

Assim, mais uma vez, o recurso mais eficaz para se lidar com o desafio de compreender e tratar o paciente, superando os limites da racionalidade científica, é sem dúvida uma disponibilidade pessoal para "sentir com" [43], acrescentaríamos "estar com" o paciente . "Sentir" e "estar", nesse contexto, refere-se a uma possibilidade de se estabelecer um relacionamento empático entre o profissional de saúde e o paciente que permita enxergar, para além das questões técnicas e das exigências profissionais, quais são as necessidades reais daquele sujeito, sejam elas físicas, psíquicas ou sociais, e o que é possível fazer a respeito, fazendo desses elementos o norte que vai guiar as decisões terapêuticas.

[43] Conceito proposto por Ferenczi para se referir à importância do tato para a elasticidade da técnica psicanalítica (FERENCZI, 1992)

CONCLUSÃO

> "... mas o profissional que se dedica à Clínica de Dor tem certa atração, certa habilidade para estabelecer uma boa relação médico-paciente, necessária ao profissional que se dedica à Clínica de Dor (...) abraçar a Clínica de Dor é também um protesto contra a falta de relação medico - paciente. Na Clínica de Dor, o médico e todos os profissionais têm toda oportunidade de se comunicar e ajudar ao paciente. "Isto sem dúvida demanda uma habilidade especial"
>
> (Spiegel, 2001?)

A dor é um fenômeno universal que acompanha a humanidade desde sempre e é uma das emoções mais precoces que freqüentemente experienciamos, de modo que a dor é uma conseqüência inevitável da condição humana. Segundo Berlinck (1999), *"a dor é um fenômeno de tão ampla extensão que é possível afirmar que a humanidade é uma espécie dolorida"* (BERLINCK,1999, pág.7) . Mas é precisamente essa proximidade entre a dor e a própria experiência de ser humano que faz com que esse fenômeno tenha tantos sentidos e seja particularmente tão difícil de ser conceituada de modo preciso. Assim, essa intimidade com a dor é acompanhada de um proporcional desconhecimento a seu respeito. Usando mais uma vez as palavras de Berlinck (1999) *"apesar de ser geral e irrestrita, a dor é, em grande parte, um persistente enigma cercado de obscuros aspectos e parece resistir intensamente ao esforço humano de esclarecimento (...), fenômeno tão próximo e, ao mesmo tempo, tão enigmático"* (BERLINCK,1999, pág.7)

Na medicina, embora a dor seja o sintoma mais comum na prática clínica, fazendo parte da maioria das condições clínicas e dos tratamentos e, por isso, presente no cotidiano de todos os profissionais de saúde desde sempre, ela ainda é um tema confuso e controverso para essa área do saber.

O presente trabalho teve por objetivo, então, reconstituir a história da criação e consolidação de um corpo teórico e um modelo terapêutico que deram origem a um grupo profissional que se propõe a diagnosticar e tratar esse fenômeno clínico tão amplo e complexo. Essa genealogia foi a metodologia escolhida para apresentar e analisar a singularidade das estratégias terapêuticas introduzidas pelo modelo terapêutico das Clínicas da Dor através da sua contextualização no âmbito da racionalidade científica moderna.

A singularidade dessa nova medicina da dor baseia-se essencialmente no **reconhecimento da dor como um objeto de atenção médica por si só e como uma**

experiência, cujos diversos aspectos envolvidos só pode ser eficazmente avaliados e tratados a partir da **interação efetiva de uma equipe interdisciplinar.** O que implica, desde o primeiro momento, uma ação integrada e o embate entre pontos de vista. Ou seja, um exame detalhado, por vários olhares distintos, do arranjo particular de elementos que configuravam a singularidade e especificidade de um caso específico. Muitos desses casos eram representantes vivos dos limites impostos pelos valores individualistas e pela racionalidade da medicina da época e que, de certa forma, ainda estão presentes na medicina atual.

A importância da medicina da dor é proporcional ao descaso, por parte da medicina como um todo, com a necessidade de se combater a dor. Na experiência cotidiana nas instituições de saúde, em especial nos hospitais, é comum presenciarmos exemplos explícitos desse descaso que saltam aos olhos daqueles que têm um conhecimento básico acerca das possibilidades de controle da dor. Esse tipo de atitude denota que aquilo que está por trás do subtratamento da dor é mais uma vez a permanência da hegemonia de uma racionalidade que insiste em não se submeter à autocrítica e em fazer invisível mesmos os elementos mais "gritantes", os quais não pertencem ao rol dos problemas que ela elegeu como objeto.

Em relação aos objetivos terapêuticos, cujo foco é a reabilitação biopsicossocial, cabe algumas observações que levaram à resposta dos questionamentos iniciais que esse trabalho se propôs a refletir, em suma: até que ponto a medicina da dor consegue ir além da gestão normativa do corpo através da administração da doença e do olhar anatomopatológico e oferecer alternativas para a construção de estratégias terapêuticas de cuidado em saúde respeitando a singularidade envolvida no processo de adoecimento, aproximando-se assim das reais necessidades da população.

Antes de mais nada, é necessário ressaltar que muitos dos impasses que se apresentam no trabalho das Clínicas da Dor acontecem em função da complexidade do próprio fenômeno da dor e dessa disponibilidade de enfrentar os desafios desta prática de saúde.

Em primeiro lugar, o fato da Clínica da Dor se propor a oferecer um cuidado integral ao doente num programa de reabilitação gera o risco de se exercer um controle demasiadamente normativo sobre a vida do doente, aproximando-se do conceito anteriormente definido como Medicina de vigilância. O limite entre estas duas práticas, o cuidado e a vigilância, é muito sutil e uma das maiores armadilhas nesse sentido advém de um fenômeno anteriormente descrito como sendo uma das conseqüências da ampliação dos domínios da vigilância médica, qual seja, a cristalização de conceitos como: atitudes

individuais, convicções, cognições e comportamentos enquanto limites para autoeficácia e ajustamento ao estado de doença. Em relação mais especificamente às Clínicas de Dor, um aspecto que contribui muito para que essa tendência se fortaleça é a aplicação acrítica dos pressupostos da terapia cognitiva-comportamental, que podem conduzir à idéia de que existem pessoas competentes o suficiente para adaptar-se à dor, enquanto outras não possuem essa habilidade. Não se trata aqui de negar a eficácia da aplicação das técnicas desse modelo ao tratamento do doente com dor crônica. Porém, a hegemonia dessa modalidade de entendimento da psicologia da dor e do seu tratamento na literatura especializada, nas palestras e congressos, deve ser problematizada. É importante ressaltar que a diversidade conceitual é sempre bem vinda, e o respeito à singularidade da experiência de adoecimento de cada um, é um eixo norteador da terapêutica. Diante dos desafios que esse modelo se propõe, um dos recursos mais eficazes é o trabalho em equipe verdadeiramente interdisciplinar Tal necessidade, defendida desde o nascimento desse modelo, talvez seja o que há de mais criativo na proposta das Clínicas da Dor. Contudo, é preciso não encarar esse trabalho de uma forma ingênua. Superar os limites do modelo hegemônico de saúde e de cuidado passa, antes de mais nada, pelo reconhecimento de sua força gravitacional, pois na nossa condição de sujeitos históricos, é impossível nos colocar numa posição neutra, fora da racionalidade que também é a que nos constitui, onde nada seja *a priori*.

Assim, a interdisciplinaridade é entendida agora em um sentido mais amplo, como a articulação formal e informal de diferentes saberes sobre a realidade, o espaço onde se criam estratégias de resistência à fragmentação dos saberes, permitindo contemplar os múltiplos e complexos elementos que estão envolvidos em qualquer prática de saúde. É também uma estratégia de combate aos excessos, uma forma de combater a naturalização de pretensas "verdades" baseadas em visões parciais da realidade. Assim, a relativização dos nossos referenciais é um exercício permanente e sempre parcial, mas que não dever ser ignorado, ao preço de se restringir os instrumentos interpretativos, tão necessários ao exercício do cuidado em saúde. O cuidado em saúde, em especial no caso do doente com dor crônica, passa pela constituição de um projeto terapêutico que permita uma abertura para novas possibilidades de viver a vida.

REFERÊNCIAS

AGRÒ, F. E.; D'ANTUONO, A.; FUSCO, B. M. Anthropology and pain. *Minerva Anestesiologica*, Roma, v. 71, n. 7-8, p. 397-400, July/Aug. 2005.
ALVES NETO, O. (Org.). *Dor*: princípios e prática. Porto Alegre: Artmed, 2009.
ALVES NETO, O.; CASTRO, A. B. A IASP e a SBED. In: ALVES NETO, O. (Org.). *Dor*: princípios e prática. Porto Alegre: Artmed, 2009. p. 121-132.
ANDRADE, C. D. O corpo. In: ANDRADE, C. D *Novos poemas*. 13. ed. Rio de Janeiro: Record, 1999. p. 7-9.
ARMSTRONG, D. The patient's view. *Social Science and Medicine*, New York, v.18, n. 9, p. 737-744, Sept.1984.
_____. The rise of surveillance medicine. *Sociology of Health & Illness*, Henley on Thames, v. 17, n. 3, June 1995.
ARNEY, W. R.; BERGEN B. J. The anomaly, the chronic patient and the play of medical power. *Sociology of Health and Illness*, London, v. 5 n. 1, p. 1-24, Mar.1983.
BAER, D. M.; WOLF, M. M.; RISLEY, T. R. Some current dimensions of applied behavior analysis. *Journal of Applied Behavior Analysis*, Indiana, v. 1, n. 1, p. 91-97, 1968.
BANOS J. E.; BOSCH F. Opioid phobia and cancer pain. *Lancet*, v. 341, n. 8852, p. 1075-1076, 1993.
BASZANGER, I. Deciphering chronic pain. *Sociology of Health and Illness*, Henley on Thames, v. 14, n. 2, p. 181-215, 1992.
_____. Emergence d'un groupe professionnel et travail de légitimation: le cas des médecins de la douleur, *Revue Française de Sociologie*, v. 31, n. 2, p. 257-282, 1990.
_____. Inventing pain medicine: from the laboratory to the clinic. New Brunswick, N.J.: Rutgers Univ. Press, 1998.
_____. Pain: its experience and treatments. *Social Science and Medicine*, New York, v. 29, n. 3, p. 425-434, 1989.
BECK, A. T. Terapia cognitiva da depressão. Rio de Janeiro: Zahar, 1982.
BECKER, N.; HOJSTED, J.; SJOGREN, P.; ERIKSEN, J. Sociodemographic predictors of treatment outcome in chronic non-malignant pain patients: do patients receiving or applying for disability pension benefit from multidisciplinary pain treatment? *Pain*, v. 77, n. 3, p. 279-287, 1998.
BEECHER, H. K. Measurement of subjective responses: quantitative effects of drugs. New York: Oxford Univ. Press, 1959.
_____. Pain in men wounded in battle. *Annals of Surgery*, v.123, n. 1, p. 96-105, Jan. 1946.
BENEDETTI, C.; CHAPMAN, John J. Bonica: uma biografia. *Minerva Anestesiologica*, v. 71, n. 7-8, p. 391-6, 2005.
BENET, O. Saber e sentir: uma etnografia da aprendizagem da biomedicina. *Physis – Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, June 1999.
BENINI, A.; DELEO, J. A. René Descartes' physiology of pain: historical perspective. *Spine*. v. 24, n. 20, p. 2115-2119, 1999.
BERLINCK, M. T. A dor. In: _____. (Org.). *Dor*. São Paulo: Escuta, 1999. p. 7-22.
BONICA, J. J. *The management of pain*. 2. ed. Philadelphia: Lea & Febiger; 1990.
BONICA, J.; HADDOX, J.D. Evolution of specialty of pain medicine and multidisciplinary approach to pain. In: COUSISNS, M. J. Neural blockade in clinical anesthesia and management of pain. 3. ed. Philadelphia: Lippincott-Raven, 1998. p. 1113-1134.
BONICA, J. J.; VENTAFRIDA, V.; TWYCROSS, R. G. Cancer pain. In: BONICA, J. J. (Ed.). *The management of cancer pain*. 2. ed. Philadelphia: Lea & Febiger, 1990. p. 400-460.
BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 19, de 03 de janeiro de 2002a . Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados

Paliativos. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/dor-cronica/portaria_019.pdf. Acesso em: 13/05/2008
_____. Portaria GM/MS n.1.319, de 23 de julho de 2002b. Cria, no âmbito do Sistema Único de Saúde, os Centros de Referência em Tratamento da Dor Crônica. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/atosnormativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/dor-cronica/portaria_1319.pdf>. Acesso em: 05/12/2008
_____. Portaria SAS nº 859, de 12 de novembro de 2002d. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - uso de opiáceos no alívio da dor crônica - codeína, morfina, metadona. Disponível em: http://www.conass.org.br/admin/arquivos/PORTARIA_SAS_NR_859_12_NOVEMBRO_2002.pdf. Acesso em: 06/10/2008
_____. GM n° 3.150, de 12 de dezembro de 2006. Institui a Câmara Técnica em Controle da Dor e Cuidados Paliativos. Disponível em: <http://www.conass.org.br/admin/arquivos/PORTARIA_GM_NR_3150_13_DEZEMBRO_2006.pdf>. Acesso em: 09/01/2008
BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria SAS/MS nº 472, de 24 de julho de 2002c. Aprova as normas para cadastramento dos Centros de Referência em Tratamento da Dor Crônica. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/dor-cronica/portaria_1319.pdf. Acesso em: 10/10/2008
BRINT, S. Eliot Freidson's contribution to the sociology of professions. *Work and Occupations*, v. 20, n. 3, p. 259-278, 1993.
BROWNSTEIN, M. J. A brief history of opiates, opioid peptides amid opioid receptors. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, v. 90, n.12, p. 5391-5393, 1993.
BRYDON, C. W.; ASBURY, A. J. Attitudes to pain and pain relief in adultsurgical patients. *Anaesthesia,* v. 51, n. 5, p. 279-281, Mar. 1996.
CAMARGO, M. C. Z. A. O ensino da ética médica e o horizonte. *Bioética***,** v. 4, n. 1, p. 47-51, 1996.
CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1978.
CASTRO, A. B. *Clínica de dor*: origens, desenvolvimento e bases científicas. Curitiba: Maio, 2003.
_____. Organização do serviço de dor crônica. In: ALVES NETO, O. (Org.). *Dor*: princípios e prática. Porto Alegre: Artmed, 2009. p. 121-132.
CATON, D. The poem in the pain: the social significance of pain in western civilization. *Anesthesiology*, v**.** 81, n. 4, p.1044-1052, Oct. 1994.
CHAZAN, L. K. O corpo transparente e o panóptico expandido: considerações sobre as tecnologias de imagem nas reconfigurações da pessoa contemporânea. *Physis -Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, jun. 2003.
CLARK, D. Total pain: disciplinary power and the body in the work of Cicely Saunders, 1958-1967. *Social Science & Medicine*, v. 49, n. 6, p. 727-736, Sept.1999.
CLARKE, M. J. Suicides by opium and its derivatives, in England and Wales, 1850-1950. *Psychological Medicine*, v. 15, n. 2, p. 237-42, 1985.
CONDRAU, F. The patient's view meets the clinical gaze. *Social History of Medicine*, v. 20, n. 3, p. 525-540, 2007.
CSORDAS, T. J.; CLARK, J. A. Ends of the line: diversity among chronic pain centers. *Social Science & Medicine*, v. 34, n. 4**,** p. 383-393, 1992.
DINIZ, A. S. Epidemia: história epistemológica e cultural de um conceito. *Política e Trabalho*, n. 15, p. 179-192, Sept.1999.

DUARTE, D. F. Uma breve história do ópio e dos opióides. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, Campinas, v. 55, n. 1, p.135-146, jan./fev. 2005.
ELIA, M. Alívio e adaptação. *Olhar Vital*. Rio de Janeiro, 16 mar. 2006.Disponível em: http://www.olharvital.ufrj.br/ant/2006_03_16/materia_boacausa.htm. Acesso em: 25/11/2008
ELLIOT, T. E.; ELLIOT, B. A. Physician acquisition of cancer pain management knowledge. *Journal Pain Symptom Management*, v. 6, n. 4, p. 224-225, 1991.
ÉSQUILO. *As suplicantes*. Trad. A. P. Q. F. Sottomayor. Coimbra: Faculdade de Letras/Instituto de Estudos Clássicos, 1968.
FERENCZI, Sándor. A elasticidade da técnica psicanalítica. In: FERENCZI, S. *Obras completas*, v. IV. São Paulo: Martins Fontes, 1992. p. 25-36.
FERREIRA, R. C.; KARKLIS, I. P. *A dor*: uma experiência na história. Disponível em: <http://www.sbhm.org.br/index.asp?p=noticias&codigo=108>. Acesso em: 25 jun. 2008.
FOUCAULT, M. *História da sexualidade*, v. 1. A vontade de saber. Rio de Janeiro: Graal, 1993.
_____. L´incorporation de l´hôpital dans la technologie moderne. In: _____. *Dits et écrits*. São Paulo: Graal, 1978.
_____. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense, 1998.
_____. O nascimento da medicina social. In: _____. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1981. p.79-98.
FOUCAULT, M. *Segurança, território, população*. São Paulo: Martins Fontes, 2008.
_____. *Vigiar e punir*: nascimento da prisão. Petrópolis: Vozes, 2004.
FREIDSON, E. *Profession of medicine*: a study of the sociology if applied knowledge. New York: Dodd, Mead, 1972.
GADELHA, M. I. P. O tratamento da dor como política pública. In: ALVES NETO, O. (Org.). *Dor*: princípios e prática. Porto Alegre: Artmed, 2009. p.121-132.
GARTRELL, D. C. (Org.). *William K. Livingston Papers, 1923-1966*. Disponível em: <http://content.cdlib.org/view?docId=tf338nb20b&doc.view=entire_text&brand=oac>
GERETTO, C.P.P. Anestesiologia na história. *Jornal do Conselho Regional de Medicina de São Paulo*. n. 203, jul. 2004. Disponível em: <http://www.cremesp.com.br/?siteAcao=Jornal&id=381>. Acesso em: 16 ago. 2008.
GIESECKE, A.H. F. A. Duncan Alexander and the multidisciplinary management of pain. *Bulletin of Anesthesia History*, Dallas, v. 12, n. 3, p. 18-20, July 2003.
GILDEMBERG, P. L.; DEVAUL, R. A. *O paciente de dor crônica*. Trad. e rev. científica: Peter Spiegel. Rio de Janeiro: Colina, 1987.
GOLVEIA, M.A. Necrológio: Bento Gonçalves. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, v. 45, n. 3, p. 212, maio/jun. 1995.
GOZZANI, J. L. Educação e treinamento em medicina da dor no Brasil. In: ALVES NETO, O. (Org.). *Dor*: princípios e prática. Porto Alegre: Artmed, 2009. p.121-132.
HELMAN, C. G. Dor e cultura. In: _____. *Cultura, saúde e doença*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994. p. 165-75.
JEWSON, N. D. The disappepearance of the sick-man from medical cosmology, 1770- 1870. In: SCAMBLER, G. (Ed.). *Medical sociology*: major themes in health and social welfare. London: Taylor & Francis, 2005. p. 299-317.
KAZI, R. A.; RHYS-EVANS, P. Sir Charles Bell: the artist who went to the roots. *Journal of Postgraduate Medicine*, London, v. 50, n.1, p.158-159, 2004.
KOTARBA, J. *Chronic pain*: its social dimensions. Beverley Hills, Califórnia: Sage, 1983.
LEÃO, M. C. S. *Dor como metáfora da unidade*: diálogo analítico entre o corpo e a psique. 2002. 108 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica)-Universidade Católica de Pernambuco, Recife, 2002.

LIMA, M. A. G. de; TRAD, L.A.B. *Dor crônica*: objeto insubordinado. *Hist. Cienc. Saúde Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, mar. 2008.
_____. A dor crônica sob o olhar médico: modelo biomédico e prática clínica. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, nov. 2007.
LIPOVETSKY, Gilles. *Os tempos hipermodernos*. São Paulo: Barcarolla, 2004.
LIPPEL, K. Therapeutic and anti-therapeutic consequences of workers' compensation. *International Journal of Law and Psychiatry*, n. 22, v. 5/6, p. 521-546, 1999.
MACHADO, R. *Foucault, a ciência e o saber*. Rio de Janeiro: J. Zahar, 2006.
MAIA, R. J. F.; FERNANDES, C. R. O alvorecer da anestesia inalatória: uma perspectiva histórica. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, Campinas, v. 52, n. 6, p. 774-782, nov. 2002.
MANÇO, J. C. Exame clínico: um ensaio a partir de Foucault. *Medicina*, Ribeirão Preto, v. 37, n.1-2, p. 117-134, jan./jun. 2004.
MARTINS, L. A. M; PEIXOTO JÚNIOR, C. A. Genealogia do biopoder. *Revista Psicologia e sociedade*, 2009. No prelo.
MARTINS, L. M. M.; PIMENTA, C. A. M. Dor e satisfação com a analgesia no pós-operatório. In: SIMPÓSIO INTERNACIONAL DE DOR, 3. 1997, São Paulo. *Programa oficial*. São Paulo: Grupo de Estudos da Dor do HC/FMUSP, 1997. p. 18-9.
MARTINS, W. D. Horace Wells: 160 anos da descoberta da anestesia (1884-2004). *Revista de Clínica e Pesquisa Odontológica*, v. 1, n 1, set. 2004.
MELDRUM, M. L. A capsule history of pain management. *Jama,* v. 290, n.18, p. 2470-2475, Oct. 2003.
MELLO FILHO, J.; SILVEIRA, L. M. C. Consulta conjunta: uma estratégia de capacitação para a atenção integral à saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*. Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, p. 147-151 maio/ago. 2005
MELZAK, R. ;WALL, P. B. Pain mechanism: A new theory. *Science*, v.150, n. 3699, p.971 – 979,1965.
MELZAK, R. ;WALL, P. B. The Challenge of Pain. Basic Books: New York, 1983.
MELZACK R. The tragedy of needless pain. *Scientific American*, v. 262, n. 2, p. 27-33, 1990.
MERSKEY, H. Classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. *Pain*, Suppl. 3, p. S1-S225, 1986.
MORENO, M. M. A. *As fronteiras da dor*. Disponível em: <http://www.sedes.org.br/Departamentos/Psicanalise/as_fronteiras_da_dor_2004.htm>. Acesso em: 24 fev. 2008.
MORRIS, D. B. An invisible history of pain: early 19th-century Britain and America, *Clinical Journal of Pain*, v. 14, n. 3, p. 191-196, set. 1998.
MOURA , J.C. A. Q. *Poder na obra de Foucault e as estratégias do contemporâneo*. 2007. 85 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia)-Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <http://www.maxwell.lambda.ele.puc-rio.br/cgi-bin/db2www/PRG_0991.D2W/SHOW?&CdLinPrg=pt&Cont=9999:pt&CdNatCon=TE>. Acesso em: 02 out. 2008.
MUSTO, D. F. Opium, cocaine and marijuana in American history. *Scientific American*, v. 265, n.1, p. 40-47, 1991.
O'BRIEN, M. E.; HOEL, D. Overpowering pain: a serious problem comes out of the closet. *Postgraduate Medicine: Practical Peer-Reviewed Journal for Primary Care Physicians*, v. 102, n. 1, p. 198-200, July 1997.
OLIVEIRA, L. C. C. *Doença invisível, medicina ambígua*: a configuração clinica da LER/DORT. 2006. 453f. Tese (Doutorado em Filosofia e Ciências Humanas)-Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2006.

PAGURA, J. R. Taxonomia da dor. In: ALVES NETO, O. (Org.). *Dor*: princípios e prática. Porto Alegre: Artmed, 2009. p.121-132.
PAICE, J. A.; MAHON, S. M.; CALLAHAN, M. Factors associated with adequate pain control in hospitalized postsurgical patients diagnosed with cancer. *Cancer Nursing*, v. 14, n. 6, p. 298-305, 1981.
PARSONS, T. *The social system*. New York: Free Press, 1951.
PERISSINOTTI, D. M. N. Compreendendo o processo doloroso: a dor como traição. *Revista Simbidor*, v. 2, n. 2, p. 1-21, 2001.
PIMENTA, A. C.; FERREIRA R. A. O sintoma na medicina e na psicanálise: notas preliminares. *Revista Médica de Minas Gerais*, v. 13, n. 3, p. 221-8, 2003.
PIMENTA, C. A. M.; TEIXEIRA, M. J. Avaliação da dor. *Revista Médica*, v. 76, p. 27-35, 1997.
PIMENTEL, H. U. A justiça do soberano e a divina: o suplício e a Inquisição. *Universitas/FACE - História*, Brasília, v. 1, n. 1, p. 59-70, 2001.
PORTO, Celmo Celeno. Semiologia médica. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p. 69-71.
REZENDE, J. M. *Breve história da anestesia geral*. [S. l.], 2000. Disponível em: <http://jmr.medstudents.com.br/anestesia.htm>. Acesso em: 24 set. 2008.
RICHMOND, C. Mark Swerdlow: an innovator in the treatment of pain. *British Medical Journal*, v. 326, n. 7396, p. 987, May 2003.
SCHNEIDER. D. R. *Novas perspectivas para a psicologia clínica*: um estudo da obra "Saint Genet: comédien et martyr", de Jean-Paul Sartre. São Paulo: PUC/SP, 2002.
SEYMOUR, J.; CLARK, D.; WINSLOW, M. Pain and palliative care: the emergence of new specialties. *Journal of Pain and Symptom Management*, v. 29, n. 1, p. 2-13, 2005.
SOAR FILHO, E. J. A interação médico-cliente. *Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo, v. 44, n. 1, mar. 1998.
SOUZA, Alicia Regina Navarro Dias de. *Formação médica, racionalidade e experiência*: o discurso médico e o ensino da clínica.1998. 290 f. Tese (Doutorado em Medicina)-Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1998.
SPIEGEL, P. *Clínica da dor*: especialidade ou habilidade? Texto não publicado.
SULLIVAN, M. The problem of pain in the clinicopathological method. *Clinical Journal of Pain*, v.14, n. 3, p. 197-20, 1998.
TEIXEIRA, M. J. Fisiopatologia da dor. *Revista Médica*, São Paulo, v. 74, n. 2, p.55-64, ago./set. 1995.
TELLES, F. S. P.; ANTOUN, H.; AREAS, J. B. Doença e tempo. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, Set. 1993.
TURK, D. Pain: a multidimensional perspective. In: BAUM, A. *Cambridge handbook of psychology, health, and medicine*. New York: Cambridge University Press, 1997. p.146-148.
TURNER, J. A.; ROMANO, J. M. Psychologic and psychosocial evaluation. In: BONICA, J. J. *The management of pain*. 2. ed. Philadelphia: Lea & Febiger, 1990. p. 595-609.
VANDENBERGHE, L. Abordagens comportamentais para a dor crônica. *Psicologia Reflexão e Crítica*, v. 18, n. 1, p. 47-54, 2005.
VAN DEN NIEUWENHUYZEN, M. C.; ENGBERS, F. H.; BURM, A. G.; VLETTER, A. A.; VAN KEEF, J. W.; BOWL, J. G. Computer-controlled infusion of alfentanil versus patientcontrolled administration of morphine for postoperative analgesia: a double-blind randomized trial. A*nesthesia-Analgesia***,** v. 81, n. 4, p. 971-679, 1995.
WELLAUSEN, S. S. Os dispositivos de poder e o corpo em Vigiar e Punir. *Revista Aulas*, n. 3, dez. 2006/mar. 2007. Disponível em: <http://www.unicamp.br/~aulas/numero3.htm>. Acesso em: fev. 2008.

WHEDON, M.; FERRELL, B. R. *Professional and ethical considerations in the use of high-tech pain management*. Atlanta: American Cancer Society, 1992.
WHITE, A.; ERNST, E. A brief history of acupuncture. *Rheumatology*, Oxford, England, v. 43, n. 5, p. 662-3, 2004.
WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Cancer pain relief and palliative care*. 2. ed. Geneva: World Health Organization, 1996.
YATES, P.; DEWAR, A.; EDWARDS, H.; FENTIMAN, B.; NAJMAN, J.; NASH, R. et al. The prevalence and perception of pain amongst hospital in-patients**.** *Journal of Clinical Nursing*, v. 7, n. 6, p. 521-30, nov. 1998.
ZECH, D. F.; GROND, S.; LYNCH, J.; HERTEL. D.; LEHMANN, K. A. Validation of World Health Organization Guidelines for cancer pain relief: a 10-year prospective study. *Pain*, v. 63, n. 1, p. 65-76,1995.

GLOSSÁRIO

Algologia: ciência que estuda o fenômeno doloroso.

Alodinia: dor devida a estímulos que normalmente não causam dor.

Analgesia: ausência de resposta dolorosa após aplicação de estímulos que normalmente causam dor.

Analgésico: substância que produz analgesia.

Anestesia: ausência de todos os tipos de sensibilidade. Anestesia dolorosa: dor em local ou região com privação total de sensibilidade.

Angina: dor torácica relacionada à insuficiência circulatória coronariana.

Artralgia: dor na região das articulações.

causalgia: dor causada por traumatismo de nervo e caracterizada como queimar, alodinia e fenômenos tróficos e neurovegetativos.

Dermátomo: segmento do corpo com inervação específica.

Disestesia: sensação dolorosa geralmente de aparecimento espontâneo.

Dor central: dor decorrente de lesão localizada no sistema nervoso central.

Dor por desaferentação: dor de carente do comprometimento das aferências ao sistema nervoso central.

dor neuropática: dor iniciada ou causada por lesão primária ou disfunção do sistema nervoso.

dor radicular: dor no território de distribuição de uma ou mais raízes sensitivas.

Hiperestesia: sensibilidade aumentada aos estímulos normais.

Hiperalgesia: aumento da resposta aos estímulos dolorosos.

Hiperpatia: síndrome álgica caracterizada por aumento da reação a estímulos, especialmente os repetidos.

Hipoalgesia: diminuição da sensibilidade aos estímulos dolorosos.

Hipoestesia: diminuição da sensibilidade aos estímulos específicos.

Limiar de dor: intensidade mínima do estímulo para evocar dor.

Neuralgia: dor em um território bem definido de inervação de um ou mais nervos.

Neurite: processo inflamatório do nervo.

Neuropatia: anormalidade da função ou alteração estrutural de um ou mais nervos.

Nociceptor: receptor de estímulos dolorosos.

Parestesia: sensação anormal não desagradável da sensibilidade, provocada ou espontânea.

Radiculopatia: anormalidade da função ou alteração estrutural da raiz nervosa.

Pontos-gatilho: área localizada em mucosas, segmento ou músculo que gera fenômenos dolorosos.

ANEXO 1: Classificação das síndromes dolorosas: (IASP)

Eixo 1. Região acometida.

Cabeça, face e boca

Região cervical

Ombros e membros superiores

Região torácica

Região abdominal

Coluna lombos sacral e cóccix

Membros inferiores

Região pélvica

Região perineal, anal e genital.

Eixo 2. Sistema envolvido

Nervoso: central, periférico e/ou neurovegetativos

Fatores psicológicos e sociais

Respiratório e/ou cardiovascular Musculoesquelético e/ou tecido conjuntivo Cutâneo, subcutâneo e/ou glandular

Gastrintestinal

Geniturinário

Outros órgãos ou vísceras

Eixo 3. Característica temporal da dor

Contínua ou quase contínua sem flutuações

Contínua com exacerbações

Recorrente com regularidade

Recorrente sem regularidade

Paroxística

Combinações

Eixo 4. Intensidade da dor relatada pelo doente

Leve

Moderada

Intensa

Eixo 5. Etiologia

Transtornos congênitos ou genéticos

Trauma, cirurgias e/ou queimaduras Infecciosa e/ou parasitária Inflamatória.

Neoplásica Tóxica, metabólica e/ou por irradiação

Mecânica e/ou degenerativa Disfuncional

Desconhecida Psicológica

CLASSIFICAÇÃO POR SÍNDROMES DOLOROSAS

Síndromes álgicas generalizadas

Síndromes álgicas localizadas

Dor craniofacial de origem musculoesquelética

Lesões do ouvido, nariz e cavidade bucal

Cefaléias primárias

Dor de origem psicológica da cabeça e da face

Dor decorrente de disfunção musculoesquelética das regiões suboccipital e cervical

Dor visceral do pescoço

Dor de origem neurológica no pescoço, no ombro e nas extremidades superiores

Lesão do plexo braquial

Dor nos braços, no ombro e na cabeça

Doença dos membros

Vascular

Colágeno

Funcional

Vasodilatadora

Insuficiência arterial

Psicológica

Dor torácica

Somática

Psicológica

Referida do abdome e trato gastrintestinal

Dor abdominal

Neurológica

Visceral doenças generalizadas

psicológica

Doenças do útero, de ovário e anexos

Doenças do reto, do períneo e da genitália externa

Dor no tronco e dorso

Neurológicas

vascular

visceral

psicológica

Dor na perna e pé

Neurológica

Musculoesquelética

Dor no quadril e coxa

Musculoesquelética