

Lipis - 03



DOR CRÔNICA: UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA, UMA QUESTÃO PARA A PSICANÁLISE¹

Pedro Moacyr Chagas Brandão Junior

E-mail: pedromoacyr@uol.com.br.

Vera Lopes Besset

Resumo: O artigo apresenta a proposta de atendimento a pacientes que sofrem com dor crônica a partir do referencial psicanalítico. Para tal, contextualiza a abordagem da dor pelo saber biomédico em suas tentativas de construção de tratamentos para seu alívio. Recorta a problemática específica da dor crônica, em especial aquela cuja causalidade orgânica não se apreende, como na fibromialgia. Dados epidemiológicos repertoriaram uma quantidade expressiva de pacientes que sofrem de dor crônica é expressiva e também causa considerável de pedidos de licença e afastamento do trabalho. Conjuntura que propicia que a dor seja considerada uma questão de saúde pública, culminando em uma série de publicações do Ministério da Saúde, que especificam a importância da oferta de serviços voltados para o tratamento dessa clientela. No limite dos tratamentos ofertados pela biomedicina, surge uma modalidade específica de atendimento denominada clínica da dor, cujo caráter multiprofissional é fundamental. Esse cenário é base da proposta de implantação de um Serviço de Investigação e Acompanhamento de Pacientes com Dor Crônica, que utiliza o referencial psicanalítico e cujas contribuições e especificidades são abordadas no presente texto.

Palavras-chave: Psicanálise. Serviço ambulatorial. Dor crônica. Clínica da dor. Saúde pública.

CHRONIC PAIN: A PUBLIC HEALTH ISSUE, A QUESTION FOR PSYCHOANALYSIS

Abstract: The article presents a patient care proposal for those whose pain is chronic according to a psychoanalytical theory. To do so, it is contextualized a biomedical approach of such pain in order to point out some attempts to build relief treatments. It seeks to focus on chronic pain, especially when it comes to fibromyalgia. Epidemiological data shows a considerable number of patients who suffer from chronic pain and it

¹ Artigo referido à Tese de Doutorado do autor, orientada pela coautora, desenvolvida no Programa de Pós-Graduação do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), sob o título “Para Além da Dor, o Corpo”, com apoio do CNPq.

also shows that it has increased considerably the number of license applications and absence from work. This scenario indicates that pain should be seen a public health issue. The Brazilian *Ministério da Saúde* has stated that providing patient care for such demand is crucial. Considering the limits of biomedical treatment, a specific approach of patient care service named clinic of pain has emerged, which assistance is interdisciplinary. This setting allows proposing the implementation of a Service of Investigation and Monitoring Patients with Chronic Pain, which theory is psychoanalytical. This text seeks to show its contributions and features.

Keywords: Psychoanalysis. Outpatient clinic. Chronic pain. Pain clinic. Public health.

Introdução

Desde os primórdios da civilização, o ser humano debruça-se sobre o problema da dor buscando esclarecer suas razões e desenvolver procedimentos voltados para seu controle. Os povos primitivos distinguiam dois tipos de dor: aquela ocasionada por causas externas, que penetrariam no corpo como uma força real, tais como as queimaduras, as feridas e as fraturas, e outra cuja causa era considerada interna, a exemplo das dores de cabeça e das dores abdominais. Estas últimas não eram bem compreendidas e suas explicações careciam de fundamentação (TEIXEIRA; OKADA, 2009).

As explicações sobre a dor promoveram e incentivaram tentativas diversas de alívio, fomentando especulações sobre o funcionamento biológico/anatômico do corpo humano, e configurando uma *práxis* médica. Para Rey (2012):

[...] sem dúvida o próprio nascimento da medicina está relacionado ao alívio da dor, e não há arte médica sem a busca de remédios eficazes, sem esforço de interpretação da dor para designar o órgão doente ou prever a cura da doença (p. 25).

O estudo da dor requer o conhecimento do funcionamento biológico do organismo e seu tratamento se relaciona ao próprio nascimento da medicina (FOUCAULT, 2006). Considerada tradicionalmente um sinal, “sintoma que alerta para a ocorrência de lesões no organismo” (TEIXEIRA, 2001, p. 329), a dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a dano tecidual real ou potencial (BOGDUK; MERSKEY, 1994). No entanto, estados dolorosos crônicos sem substrato orgânico definido são assinalados desde o século XIX (MENKÈS; GODEAUL, 2007). Nesses casos, a dor perde seu caráter de sinal e sua causalidade remete à esfera psíquica, emoções, afetos, sentimentos de prazer e desprazer. O diagnóstico e tratamento da dor crônica têm mobilizado profissionais de diferentes áreas. Sendo uma das razões mais comuns de procura por atendimento médico e afastamento do trabalho, pode ser considerada um problema de saúde pública (ELLIOTT, 1999).

Alguns autores entendem que somente após a Segunda Guerra Mundial a dor começa a ser entendida como uma enfermidade específica, entre os quais Santos (2009). No presente artigo, abordaremos uma experiência de pesquisa-intervenção fundamentada no arcabouço teórico da psicanálise e referida à investigação e tratamento da dor crônica sem substrato orgânico definido. Para tal apresentaremos a constituição da clínica da dor como tentativa de superação do modelo biomédico, contextualizando o tratamento da dor crônica como um problema de saúde pública.

A dor como problema de saúde pública no Brasil

A necessidade do atendimento a pacientes com dor crônica têm sido pauta do Ministério da Saúde (MS), nos últimos anos. Em 2002, ano de grande importância para a oficialização de políticas públicas sobre o tema da dor, o MS instituiu, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos, através da Portaria GM/MS nº 19, de 03 de janeiro de 2002 (BRASIL, 2002a). Esta afirma que estudos epidemiológicos revelam que a dor é a principal razão de 75 a 80% das demandas de atendimento em um serviço de saúde. Ela é também a principal causa de absenteísmo, licenças médicas, aposentadorias por doença, indenizações trabalhistas e baixa produtividade no trabalho. Desse modo, a dor constitui-se em um grave problema de saúde pública e o Governo Federal iniciou um vigoroso debate sobre a implantação de serviços e ações para seu tratamento.

Nessa conjuntura, o Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos tem como objetivo articular iniciativas voltadas para a atenção de tais pacientes, estimulando a organização de serviços de saúde e de equipes multidisciplinares e assegurando a formação de redes assistenciais para essa clientela. Além disso, prevê a promoção de iniciativas que se destinem à educação continuada de profissionais de saúde e de educação comunitária para a assistência à dor e cuidados paliativos.

A Portaria GM/MS nº 19 institui um Grupo Técnico Assessor do Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos, que legitima um espaço de debate e construção de ações específicas para os pacientes que sofrem com dor crônica. E a Portaria GM/MS nº 1.319, de 23 de julho de 2002 (BRASIL, 2002b), cria os Centros de Referência em Tratamento da Dor Crônica. Em seguida, a Portaria SAS/MS nº 472, de 24 de julho de 2002

(BRASIL, 2002c) define as normas para cadastramento de tais Centros e dispõe sobre os locais de funcionamento, suas características e exigências técnicas. Também estabelece os recursos humanos necessários para esse tipo de atendimento, médicos de diferentes especialidades (clínica geral, pediatria, anestesiologia, psiquiatria, neurocirurgia e/ou neurologia) enfermeiro (e auxiliar/técnico de enfermagem), farmacêutico, fisioterapeuta, psicólogo e assistente social.

Segundo Santos (2009), depois das publicações das Portarias de 2002, uma série de debates entre a Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor (SBED) e o Ministério da Saúde culminou, em 2006, na publicação da Portaria nº 3.150, de 12 de dezembro do referido ano (BRASIL, 2006). Esta revoga a Portaria nº 19, de 03 de janeiro de 2002 e institui uma nova Câmara Técnica em Controle da Dor e Cuidados Paliativos, dessa vez preocupada com o caráter interdisciplinar e intersetorial do tratamento da dor.

Outro fator de interesse a respeito do modelo de atendimento adotado no Brasil relaciona-se à preocupação com o uso de medicamentos e à ênfase nos casos oncológicos Santos (2009). Nessa mesma perspectiva, Lima e Trad (2007, p.2673) relatam que “o formato dos programas de tratamento da dor crônica parte da abordagem biomédica com a priorização da medicação, seguida da psicoterapia e medicina física”. Os autores também identificam o predomínio das especialidades médicas nesses Centros. Desde os primórdios de sua história, a prática da medicina se entrelaça com diversas abordagens da dor.

A medicina e a dor: um percurso

Os estudos de Hipócrates marcam o nascimento de uma medicina distante dos preceitos mágico-religiosos. Essa compreensão propiciou que o fator social fosse determinado como elemento fundamental para a propagação de doenças. Naquela ocasião, elementos como hábitos, dietas, condições de moradia e vida comunitária do doente passaram a demarcar a causalidade de enfermidades. Além disso, Hipócrates instaurou a noção do exame médico, crucial para obtenção do diagnóstico e do prognóstico no processo de padecimento, ato inaugural do método da observação clínica.

Para Clavreul (1983), mais do que definir uma etiologia, que pode ser contestada, o pai da medicina constrói um método, um discurso sobre a doença, transformando-a em seu objeto de estudo. O ato hipocrático constituiu um discurso fechado em si mesmo, que excluía

as explicações construídas fora de seu próprio dispositivo. Hipócrates estabeleceu que as doenças consistiam em processos naturais, existindo dores intratáveis. Além disso, indicava como terapêutica a hipnose, a compressão da artéria carótida, as terapias físicas, exercícios e o uso de drogas como o ópio e a mandrágora. O processo doloroso não era concebido isoladamente, mas como parte de um complexo quadro da doença e sua cura poderia resultar de processos físicos e não espirituais (TEIXEIRA; OKADA, 2009).

A localização do foco da dor ganha contornos anatômicos regionais com Hipócrates, No entanto, foram as contribuições de Galeno que tornaram o conteúdo anatômico, com base no foco da dor, mais preciso e específico em torno de um órgão. A dor ocupava um lugar fundamental nesse contexto, tanto como sintoma, quanto como fator elementar na análise dos mecanismos da sensação e da percepção (REY, 2012). Resultante da categoria geral do tato, ela resultaria de sensações providas do exterior, mas também do interior do próprio corpo. Galeno foi responsável por introduzir a noção de classificação das dores, presente até nossos dias. São elas: pulsativa, pungente, tensiva e lancinante. Cada qual indicaria uma modalidade diagnóstica específica, como a existência de inflamações, a presença de tumores, entre outros.

Nessa perspectiva, levando-se em consideração a multiplicidade de suas formas, a dor poderia ser decifrada. O modo de classificação se fundamentava nas categorias aristotélicas, que permitem, a partir de uma complexa combinação de atributos, encontrar uma ordem e um sentido para uma diversidade de dados observados. Rey (2012) ressalta que o modo de classificação das doenças instaurado pelo saber médico aspirava também ascender à realidade da doença, cujo objetivo era oferecer à medicina certeza e racionalidade. Esses critérios, obtidos dentro das condições de aquisição do saber na Antiguidade, perdurarão até o final do século XVIII, ocasião do estabelecimento da anatomoclínica. Para Foucault (2006), as mudanças ao longo dos séculos não se resumem à acumulação de conhecimentos e descobertas, presumindo uma operação lógica mais profunda.

Uma vez instaurada, a ordem médica assume lugar e função sociais específicos. Nessa visada, a história da medicina pode ser dividida logicamente em dois tempos: o primeiro referente à medicina das classes e dividido entre a medicina das espécies e a medicina das epidemias, o segundo, associado à clínica do olhar. Foucault (2006) situa no século XVII uma mudança na medicina classificatória. Com a formação de algumas indústrias e a influência da economia de mercado, as cidades passam a receber grandes quantidades de pessoas. Essa

nova configuração urbana deu origem à medicina das epidemias. Nesse momento, aparece a figura do inspetor de saúde e os sermões das igrejas passam a conter orientações sobre a melhor forma de alimentação e de como evitar as doenças. Pouco a pouco, a preocupação da prática médica passa a ser mais o direcionamento de um modelo de homem saudável do que o estabelecimento de técnicas de cura. Sendo assim, era preciso fornecer conselhos de como manter uma vida equilibrada, de modo a reger as relações físicas e morais dos indivíduos e da sociedade em que eles vivem.

Até o final do século XVII, a preocupação com a “saúde” era maior do que com a “normalidade”. Havia um destaque para o regime, para a dietética, para as regras de vida e de alimentação que cada pessoa aplicaria a si mesmo. No ano de 1664, alimentado pelo pensamento vigente, Descartes descreveu a dor como uma sensação percebida no cérebro após a estimulação dos nervos sensoriais. Passo inicial que, agregado aos avanços das pesquisas do funcionamento cerebral e dos sistemas nervoso central e periférico, desembocou no enfoque da medicina fisiológica-mecanicista do século XVIII (PORTINOI, 1999; REY, 2012; TEIXEIRA; OKADA, 2009). Essa orientação propunha a intensidade do processo doloroso como diretamente proporcional ao estímulo ou agressão do tecido e se constituiu no fundamento para a abordagem médica tradicional (COURTINE, 2012; REY, 2012; SCHULTZ, D., SCHULTZ, S., 1981). Regida por preceitos que equiparam o funcionamento do corpo humano ao modo de operar de uma máquina, fundamenta a visão do homem como máquina.

Na passagem do século XVII ao século XVIII, a clínica, anteriormente artesanal, tenta enquadrar-se aos ideais da ciência moderna. Já no final do século XVIII, na tentativa de formalização e adequação da prática e da teoria médicas aos preceitos científicos, inicia-se não apenas um processo de matematização da clínica médica, mas também de proposição de uma nova maneira de ler os sintomas, vistos como signos da doença. Essa apreensão dos sintomas é resultado da união entre a linguística e o cálculo probabilístico.

A influência do cálculo probabilístico instaura o estudo de frequências e da probabilidade na correlação dos fenômenos. Nesse período, iniciam-se as tentativas de dar um tratamento matemático a algo que seria de ordem qualitativa, os sintomas. Por outro lado, a partir da influência da linguística, estabelece-se o corpo humano como um local onde os

sintomas podem ser “lidos”. Nessa concepção, os sintomas são considerados signos, que seriam a própria doença “encarnada” no corpo (FOUCAULT, 2006).

É digna de nota a mudança que se opera na concepção de doença, que se torna “o próprio sintoma cuja espacialização se sistematiza nos signos” (TELLES et al, 1993, p. 311). Para Foucault (2006) “a formação do método clínico está ligada à emergência do olhar do médico no campo dos signos e dos sintomas” (p.99). Nessa visada, sintomas e signos se distinguem por sua semântica e morfologia. O sintoma “é a forma como se apresenta a doença [...]”, ele “é a transcrição primeira” (FOUCAULT, 2006, pp.97-8) e seu modo de agrupamento formaliza uma determinada enfermidade. Para o autor, o sintoma se torna significante da doença, visto que “a doença nada mais é do que a coleção dos sintomas” (p. 100).

A partir dos parâmetros consagrados na segunda metade do século XVIII, ocorreu uma nítida mudança nas noções sobre a percepção e também sobre a dor (TEIXEIRA; OKADA, 2009). Nesse período, Leibniz postulou a existência de uma *anima*, ou de um espírito sensitivo que seria responsável pela regulação da saúde do corpo (TEIXEIRA; OKADA, 2009). A própria noção do *animismo*, desenvolvida por Stahl no final do século XVII, foi incorporada às novas teorias como um conceito simétrico e não diferente do mecanicismo (TEIXEIRA; OKADA, 2009). Considerando a alma como princípio ou causa dos fenômenos vitais, o animismo defendia “o conceito de que uma substância seria tão passiva que, mesmo em atividade, seria incapaz de executar qualquer função sem a intervenção da alma” (TEIXEIRA; OKADA, 2009, p. 40). A assimilação dessa concepção às ideias mecanicistas resultou em um entendimento de que a alma interferiria na função dos órgãos. Sendo assim, a dor corporal seria um sinal do sofrimento da alma. Nesse contexto, seria primordial a distinção entre a dor física e a angústia mental, a primeira da ordem da sensação e gerada por estímulos externos, a segunda remetida à imaginação, mas sentida como real pelo paciente, como a dor dos amputados.

Ainda no final do século XVIII e início do século XIX, haverá outra mudança na estrutura do conhecimento médico. Nesse momento, a coerência entre o que é visível das doenças e o que é dizível alcançará patamares antes não especificados. Em função do uso que a dissecação de cadáveres passa a ter para os estudos médicos, constitui-se uma nova forma de medicina, a anatomoclínica. O novo modo de operar desembocará no pensamento médico do

século XIX que, contrariamente à medicina do século XVII, demonstraria maior preocupação com a normalidade do que com a saúde. A dualidade saúde-doença dará lugar à outra oposição: normal/patológico.

A esse respeito, Clavreul (1983) refere-se à clínica moderna como aquela que estabelece uma relação entre ciência e patologia, não entre médico e paciente. Ocorre, então, uma inversão nas relações entre signos e sintomas. Na primeira forma da medicina clínica, o signo não era por natureza diferente dos sintomas, uma vez que o sintoma era um signo em potencial, dado que representava uma manifestação da doença, e que era “lido” pelo médico. Já na anatomoclínica (FOUCAULT, 2006), o sintoma pode permanecer mudo. O “mutismo dos sintomas pode ser contornado, mas não vencido. O signo desempenha precisamente esse papel de desvio: ele não é mais o sintoma falante, mas aquilo que substitui a ausência fundamental de palavra no sintoma” (FOUCAULT, 2006, p.175).

Dessa maneira, o signo passa a ter uma estrutura diferente da concebida pelo método clínico anterior, tendo em vista que ele remete apenas à lesão no órgão. Foucault (2006) afirma que, nesse momento, mais do que nunca, “o signo só pode remeter à atualidade da lesão, e nunca a uma essência patológica” (FOUCAULT, 2006, p.176). Há também uma mudança em torno do elemento que ordenava o raciocínio sobre os sintomas. Na medicina das espécies, o modelo adotado para a ordenação e classificação das doenças era o das ciências naturais. Para isso, baseava-se no modelo classificatório da botânica, cujo elemento ordenador era o sintoma (PIMENTA; FERREIRA, 2003). Por outro lado, no paradigma anatomoclínico, o elemento ordenador passou a ser a lesão tecidual (PIMENTA; FERREIRA, 2003): o espaço da doença passa a ser o corpo humano – início, meio e fim de sua manifestação.

A dor como doença e as novas propostas de tratamento

No século XVIII ocorreram poucas aquisições terapêuticas para a manipulação da dor (TEIXEIRA; OKADA, 2009). No início do século XIX, a fisiologia ganha lugar de destaque no meio científico e as pesquisas sobre as sensações, particularmente sobre os quadros álgicos, ganham novo formato e consistência. Diversas teorias e propostas de tratamento foram desenvolvidas ao longo dos tempos, sendo a década de 1940 e a seguinte de vital importância para a oficialização dos manejos técnicos da dor. Entre os anos 1947 e 1958, Kenneth criou o primeiro Centro de Estudo da Dor nos Estados Unidos. Durante os anos

1960, ocorreu um movimento de concretização das estratégias multidisciplinares no atendimento a pacientes com dor crônica. A inclusão de outros profissionais no tratamento dessa clientela era justificada pela impossibilidade do tratamento médico tradicional dar conta de toda a complexidade dos quadros algícos (SANTOS, 2009; FIGUEIRÓ, 1999; MURTA, 1999).

Nesse contexto, a partir da iniciativa de John Bonica, foi criada no *Takoma General Hospital*, em Washington, a primeira Clínica de Dor. Logo ocorreria a união do grupo de Bonica com a equipe liderada por Wilbert Fordyce (FORDYCE, 1984), do Departamento de Reabilitação da *Behavioral Medicine Division*. A consequência dessa parceria foi a criação de um Centro Multidisciplinar de Dor, que serviu de modelo para muitos outros centros implantados posteriormente, conhecidos como clínicas da dor.

A clínica da dor constitui-se em um aparato cuja pretensão é ultrapassar os limites da abordagem tradicional. Essa mudança de perspectiva ocorre em função de alguns fatores, assinalados por Ogden (2012). Em primeiro lugar, o modelo biomédico tradicional, que aborda o quadro algíco a partir do ponto de vista físico, não conseguiu traçar modelos de tratamentos efetivos. Em segundo, o fato de alguns pacientes relatarem níveis diferentes de intensidade de dor a despeito de apresentarem o mesmo grau de lesão tecidual e, ao mesmo tempo, reagirem diversamente ao estímulo doloroso. Por fim, a dor fantasma, presente nos casos de perdas de um determinado membro do corpo, não pode ser explicada em termos de uma causalidade física.

Com os avanços da biologia, o sintoma deixa de ter correlação estritamente com a lesão, passando a ser relacionado também à função, sua vertente fisiopatológica e bioquímica (PIMENTA; FERREIRA, 2003). Com o advento do discurso da ciência, o médico passa a ser um técnico da biologia e do organismo e não tem formação para acolher a demanda do doente e interpretá-la (CASTELLANOS, 2009). A biomedicina se estrutura com o fim de se adequar aos moldes da ciência moderna.

Nesse contexto, os casos de dor crônica evidenciam que não há uma proposta terapêutica única e eficaz que possa ser previamente definida. Algumas vezes, a mesma atividade pode oferecer alívio para um paciente, porém intensificação do sofrimento para outro. Especialmente nas situações em que a definição do substrato orgânico falha, como na fibromialgia (BESSET, GASPARD; DOUCET; VERAS; COHEN, 2010). Essa conjuntura é

indagada por Castellanos (2009), que critica a possibilidade de um posicionamento prevalentemente organicista em relação ao corpo no mundo atual. De todo modo, a dor crônica coloca em relevo os limites da abordagem biomédica tradicional, fazendo com que o funcionamento das clínicas da dor se pautem na multidisciplinaridade e na construção de condutas terapêuticas não previamente estabelecidas (LIMA; TRAD, 2008). Sendo assim, a denominação “clínica da dor” porta dois significados articulados entre si. O primeiro relaciona-se à configuração de um serviço específico para os que sofrem de dor crônica, contando com equipes multidisciplinares. O segundo diz respeito a um modo específico de fazer clínica, palavra cuja origem grega, *kliné*, remete ao ato de “inclinar-se sobre o leito dos doentes”. Essa abordagem preconiza que o tratamento considere a particularidade dos casos, que deve ser realizado entre vários profissionais, cujos saberes não esgotam os procedimentos a serem adotados (SANTOS, 2009).

Na prática clínica desses serviços, o médico deve “acreditar em algo tão subjetivo como é a dor, superar a desconfiança e entender que o pilar do processo terapêutico é acreditar na dor do doente” (LIMA; TRAD, 2007, p.2676). A clínica da dor exige que o médico explore “habilidades não valorizadas na formação biomédica, revelando ligações da prática clínica com valores éticos e morais postos pela biomedicina” (LIMA; TRAD, 2007, p. 2673). Assim, a literatura aponta para o caráter subjetivo do fenômeno da dor e para a necessidade do trabalho interdisciplinar. Entretanto, dados da experiência apontam para o fato de que a abordagem que ainda vigora nos atendimentos a esse tipo de clientela corresponde ao modelo biomédico (MELO, 2012).

Uma proposta de investigação e acompanhamento de pacientes com dor crônica

O processo de implantação de um *Serviço de Investigação e Acompanhamento de pacientes com dor crônica* teve início em 2011. Na ocasião, pactuou-se com a Secretaria de Saúde do Município (SEMUS) que ele deveria funcionar preferencialmente em um Centro de Especialidades, visto que ofereceria um atendimento específico e especializado. Tendo em vista a gravidade do quadro clínico dos pacientes, que muitas vezes têm dificuldade para se locomover, ficou também acordado que o local de atendimento fosse de fácil acesso. A criação do Serviço se deu no bojo do desenvolvimento de pesquisa inserida no Núcleo de Pesquisa Clínica Psicanalítica (CLINP) do Programa de Pós-graduação em Psicologia do

Instituto de Psicologia da UFRJ, voltado para a investigação das contribuições da escuta psicanalítica nos casos de dores crônicas. Para isso, previu-se a articulação com a rede assistencial de saúde do município, principalmente com a Estratégia de Saúde da Família (ESF), tendo em vista que a Portaria GM/MS n.º 1.319 (Brasil, 2002b) sugere uma “integração com a rede de atenção básica e programa de saúde da família”.

Após o estabelecimento de um acordo de cooperação entre a Prefeitura Municipal/SEMUS e a Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e aprovação do projeto de pesquisa por um Comitê de Ética, o Serviço começou a receber pacientes². Além do atendimento individual médico –por reumatologista referida ao Serviço- e psicológico –por doutorandos e estagiários filiados ao CLINP- os pacientes participavam, em sua maioria, do Grupo de Fala. Este era realizado mensalmente sob a coordenação da coordenadora da pesquisa e a participação de um dos médicos participantes da investigação, pesquisadores do Núcleo CLINP. Os Grupos de Fala eram oferecidos aos pacientes que já estivessem em atendimento no Serviço, caracterizando-se como uma atividade opcional, sustentada pelo desejo de cada paciente. Dessa maneira, delimitou-se um Serviço cuja proposta era efetivar uma pesquisa-intervenção (BESSET et al, 2008; COHEN; GARCEZ, 2011).

O estudo teórico referido à pesquisa foi realizado nas acomodações do Programa de Pós-graduação em Psicologia do Instituto de Psicologia da UFRJ, envolvendo reuniões de pesquisa com todo o grupo ou somente com os envolvidos mais diretamente com o Serviço. Algumas observações, conclusões e questões de pesquisa foram publicadas em artigos, apresentações de trabalhos em congressos e nas Jornadas anuais do CLINP. Reuniões e debates com os colaboradores do Núcleo de Pesquisa ocorreram sistematicamente, tal como reuniões com os médicos colaboradores e o seminário de pesquisa com os professores colaboradores. Esse trabalho permitiu a identificação de algumas questões que podem se apresentar ao profissional fundamentado na psicanálise em suas relações com outros profissionais da área de saúde (BESSET, 2014).

Na área da saúde, geralmente, o encaminhamento ao psicólogo acontece quando, no atendimento clínico há menção a traumas emocionais, dificuldades de relacionamento, na família, na relação médico-paciente ou mesmo pelo fato de o doente fugir a um padrão de comportamento esperado (LIMA; TRAD, 2008). No que tange a psicanálise, Lima e Trad

² O projeto de pesquisa-intervenção foi aprovado por Comitê de Ética (Protocolo de Pesquisa CEP/ME-UFRJ-N. 26/2011) e realizada com apoio da FAPERJ.

(2007) fazem a ressalva de que existem poucos estudos sobre a ação desse campo de saber no tratamento da dor crônica. Apesar de citarem as psicoterapias e a psicanálise como atendimentos oferecidos em uma clínica de dor, esses autores não especificam a particularidade dessas modalidades de atendimento. Por sua vez, Perissinotti e Figueiró (2005) fazem menção às psicoterapias psicodinâmicas que utilizam o referencial teórico da psicanálise como as mais comumente empregadas dentro do campo das psicoterapias clássicas. Para eles, essa modalidade teria bons resultados se associada a outras formas de psicoterapias. Além disso, seu objetivo seria “a reorganização de sentimentos e pensamentos através do *insight* adquirido na relação com o psicoterapeuta” (PERISSINOTTI; FIGUEIRÓ, 2005, p. 99). A esse respeito, assinalamos que há uma diferença fundamental entre a proposta da psicanálise e das psicoterapias, se atentarmos para os modos específicos de atendimento às demandas de tratamento, conforme evidenciou Freud (1905a/2008).

Para a psicanálise, as pessoas que demandam atendimento não são pacientes *a priori*, mas apenas em um segundo momento. É preciso um trabalho preliminar que possa propiciar uma demanda de tratamento. Essa característica distingue a prática psicanalítica da psiquiatria e das psicoterapias, nas quais o paciente “pode ser designado pelos outros, pela família, pelo médico, pela sociedade, pelas instâncias sociais que lhe dizem para se tratar” (MILLER, 1997, p. 223).

Freud (1912/2008) adverte que a psicanálise faz da transferência um instrumento de trabalho, e essa dimensão está presente desde os primeiros momentos do encontro entre o profissional e o candidato a paciente. Assim, chama de “ensaio prévio” a um tratamento (FREUD, 1913a/2008) o que Lacan denomina “entrevistas preliminares” (LACAN, 2011). Nessa primeira etapa, cabe estabelecer um diagnóstico, que demarcará conduções diferentes na direção do tratamento, em especial a partir do diagnóstico diferencial entre neurose e psicose (BRANDÃO JR; BESSET, 2012).

Além disso, nos casos de neurose, também interessa promover uma “retificação subjetiva”, uma mudança de posição do sujeito em relação a seu dito. Lacan (1998a) problematiza essa etapa a partir de uma passagem do caso Dora (FREUD, 1905b/2008). Essa paciente queixava-se de ser vítima do assédio do Sr. K., situação que seu pai tolerava, uma vez que estava interessado na Sra. K. Freud, então, questiona-a sobre sua participação na trama da qual se dizia vítima. A partir disso, desvela-se a participação da querelante em seu

próprio sofrimento. Assim, nas entrevistas preliminares, “trata-se de distinguir entre o dito e a posição frente a ele” (MILLER, 1997, p. 238).

A resposta do profissional orientado pela psicanálise consiste em se abster de ocupar o lugar de quem sabe sobre o paciente e sobre o que lhe causa (BESSET, 2001). Essa modalidade de resposta é referida por Lacan como sendo de “douta ignorância” (1998, p. 364), posição “de alguém que sabe das coisas, mas que, voluntariamente, apaga até certo ponto seu saber para dar lugar ao novo que ocorrerá” (MILLER, 1997, p. 232). O saber colocado em questão é o “saber inconsciente, não sabido, justamente no lugar daquele que vem lhe falar a partir da suposição de um saber em quem o ouve” (BRANDÃO JR; BESSET, 2012, p. 529). Tal posição é avessa àquela das psicoterapias, que equivalemos ao lugar ocupado pelos biomédicos.

Esse aspecto pode ser observado no caso clínico de uma paciente atendida no Serviço, que aqui nomeamos Miriam, com dores há 5-6 anos. Inicialmente, ela as atribuiu ao excesso de carga no trabalho. Era secretária em uma instituição e precisava ficar em uma mesma posição por muito tempo. Levamos a sério esse fator na causalidade de sua dor crônica, mas forjamos a hipótese de que não seria o único. Logo nas entrevistas iniciais, ao ser questionada sobre suas dores, Miriam relatou que sempre as sentiu e as qualificou como “estranhas”. Certa vez, por exemplo, sua irmã engravidou, mas nada sentiu durante a gestação. No entanto, foi ela própria que sentiu todas as dores que uma grávida poderia sentir. Nessa ocasião exclamou: “parecia que era eu que estava grávida!”. Depois disso, começou a se questionar se seria ela que produziria as dores que sente hoje, pois se isso aconteceu na ocasião da gestação da irmã, porque não poderia estar acontecendo em relação às dores atuais?

Com o desenrolar das entrevistas, Miriam, que se apresentara inicialmente como uma vítima das más condições de trabalho, passa a se perguntar sobre sua participação naquilo do qual se queixava. Fazendo eco a um questionamento anterior, em determinado momento perguntou: “será que essa dor é emocional? Será que sou eu que produzo essa dor?”. Uma vez feito esse questionamento sobre sua implicação no que a fazia sofrer, Miriam tentou demonstrar que as condições de trabalho, somadas ao seu humor do dia resultariam no aumento ou diminuição das dores. Nessa ocasião lembrou-se de várias situações e relacionou-as com uma graduação de suas dores. Por exemplo, quando se aborrecia com a filha, a dor aumentava e quando conseguia viajar para um lugar que desejava, a dor diminuía. Em um

desses relatos, ao tentar se lembrar das primeiras vezes em que sentiu as referidas dores, percebeu que elas se iniciaram logo depois que seu ex-marido saiu de casa. Diz ter se casado por estar muito apaixonada, mas que sofrera uma enorme decepção, pois seu parceiro sempre arrumava mulheres na rua e não a respeitava como mulher/esposa, bebendo muito e fazendo com que ela passasse vergonha na comunidade em que morava.

Segundo Miriam, quando ele saiu de casa, ela teve que assumir a posição de pai e mãe, homem e mulher da casa. Passa, então, a falar das suas atribuições domésticas e de como sustentou a casa desde então. Começou a se perguntar se aquele seria o papel de uma mulher na casa, se o papel que assumiu a prejudicou como mulher, uma vez que nunca mais havia vivido um relacionamento amoroso mais sério, sempre ocupada em promover o bem-estar de sua família. Assunto que posteriormente descortinará sua questão sobre o que é uma mulher. A relação entre a dor crônica e a histeria é sugerida pela frequência em que esse sofrimento se apresenta em mulheres e pela similaridade de apresentação de alguns sintomas (BESSET et.al., 2010). Mas, é a relação entre a dor crônica e uma questão sobre o feminino que se advinha em dados da clínica (ZANOTTI; ABELHAUSER; GASPARD; BESSET, 2013).

Considerações finais

Constituída a partir de uma tentativa de superação do modelo biomédico, a clínica da dor introduz a temática da interseção entre os saberes, incluindo a proposta de atendimento multiprofissional. A dor se destaca pela impossibilidade de sua mensuração em dados quantitativos. Sendo assim, no atendimento a pacientes com dor crônica, o relato dos pacientes acerca de sua própria dor deve ser levado prioritariamente em consideração. Tal característica insere a problemática da subjetividade como contraponto a uma hipotética objetividade, tão cara aos ideais de ciência na contemporaneidade. Configurando-se como um problema de saúde pública, as propostas para tratamento da dor crônica nem sempre contemplam a diversidade das demandas. Diante desse panorama, a implantação de um Serviço de Investigação e Acompanhamento de Pacientes com Dor Crônica oferece uma modalidade de atendimento pouco encontrada no Estado do Rio de Janeiro. Isso porque as clínicas da dor geralmente priorizam o atendimento aos casos com lesão orgânica claramente especificada. Ao mesmo tempo, o acompanhamento psicanalítico não é uma opção comum nesse campo. Colocando-se “para além” da clínica da dor, no sentido de voltar-se para o

trabalho com o *falasser*, a psicanálise entra nessa conversa e oferece sua contribuição a esse campo, na interseção com outros saberes.

Referências

BESSET, V. L. Quando o desejo é 'remédio' para a angústia: considerações sobre a 'formação' do analista. **Latusa**: Revista da EBP, Rio de Janeiro, n. 6, p. 159-168, 2001.

BESSET, V. L. et al. Corpo e cortes. In: FUENTES, M. J.; VERAS, M. (Orgs.). **Felicidade e sintoma**: ensaios para uma psicanálise no século XXI. Salvador: Corrupio, p. 133-143, 2008.

BESSET, V. L. Corpo e dor: os desafios das dores crônicas. Módulo I e II. Apoio FAPERJ. 2012-2014.

BESSET, V. L.; ZANOTTI, S. V.; TENENBAUM, D.; SCHIMIDT, N.; FISCHER, R. P.; FIGALE, V. Corpo e histeria: atualizações sobre a dor. **Polêm!ca**, v.9, p.35 - 42, 2010.

BESSET, V. L.; GASPARD, J.; DOUCET, C.; VERAS, M. A. S.; COHEN, R. H. Um nome para a dor: fibromialgia. **Revista Mal-Estar e Subjetividade**, v.10, p.1245 - 1269, 2010.

BESSET, V. L. Dor. Visão Psicanalítica. In: PORTNOI, A. (Org.). **Psicologia da Dor**. São Paulo: Guanabara Koogan, v.1, p. 3-14, 2014.

BOGDUK, N.; MERSKEY, H. **Classification of chronic pain**: descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms (2nd ed.). Seattle: IASP, 1994.

BRANDÃO JR, P. M C.; BESSET, V. L. Psicanálise e saúde mental: contextualizando o atendimento às demandas. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 523-538, 2012.

BRANDÃO JR, P. M. C. **Para Além da Dor, o Corpo**. 234 f. Tese. Programa de Pós-graduação do Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 3.150, de 12 de dezembro de 2006**. Institui a Câmara Técnica em Controle da Dor e Cuidados Paliativos. Brasília, 2006. Disponível em: <http://www.conass.org.br/admin/arquivos/PORTARIA_GM_NR_3150_13_DEZEMBRO_2006.pdf>. Acesso em: 07 mar. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n. 1.319, de 23 de julho de 2002**. Cria, no âmbito do Sistema Único de Saúde, os Centros de Referência em Tratamento da Dor Crônica. Brasília, 2002b. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/atosnormativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-desaudefor-cronica/portaria_1319.pdf>. Acesso em: 03 mar. 2012.

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. Brasília, 2002a. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacaosanitaria/estabelecimentos-desaudefor-cronica/portaria_019.pdf>. Acesso em: 27 jul. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria SAS/MS nº 472, de 24 de julho de 2002**. Aprova as normas para cadastramento dos Centros de Referência em Tratamento da Dor Crônica. Brasília, 2002c. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-desaudefor-cronica/portaria_1319.pdf>. Acesso em: 06 dez. 2012.

CASTELLANOS, S. **El dolor y los lenguajens del cuerpo**. Buenos Aires: Grama Ediciones, 2009.

CLAVREUL, J. **A ordem médica**: poder e impotência do discurso médico. São Paulo: Editora brasiliense, 1983.

COHEN, R. H. P.; GARCEZ, M. M. Pesquisa-intervenção e psicanálise. **Polêm!ca**, v. 10, p. 673-681, 2011.

COURTINE, J-J. O espelho da alma. In: CORBIN, A.; COURTINE, J-J.; VIGARELLO, G. **História do Corpo 1: Da renascença às Luzes**. São Paulo: Editora Vozes, 2012.

ELLIOTT, A. M. et al.. The epidemiology of chronic pain in the community. **The Lancet**, Nova Iorque, v. 354, p. 1248-1252, 1999.

FIGUEIRÓ, J. A. B. Aspectos psicológicos e psiquiátricos da experiência dolorosa. In: CARVALHO, M. J. (Org.). **Dor: Um estudo multidisciplinar**. São Paulo: Summus Editorial, 1999.

FREUD, S. (1905a). Sobre psicoterapia. In: _____. **Obras Completas Sigmund Freud**, vol. VII. Buenos Aires: Amorrortu, 2008.

_____. (1905b). Fragmento de análisis de un caso de histeria. In: _____. **Obras Completas Sigmund Freud**, vol. VII. Buenos Aires: Amorrortu, 2008.

_____. (1912). Sobre la dinámica de la transferencia. In: _____. **Obras Completas Sigmund Freud**, vol. XII. Buenos Aires: Amorrortu, 2008.

_____. (1913a). Sobre la iniciación del tratamiento. In: _____. **Obras Completas Sigmund Freud**, vol. XII. Buenos Aires: Amorrortu, 2008.

FORDYCE, W. Behavioural science and chronic pain. **Postgraduate Medical Journal**, n. 60, p. 865-868, dez. 1984.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

LACAN, J. Intervenção sobre a transferência. In: _____. **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., p. 214-228, 1998.

LIMA, M.; TRAD, L. A dor crônica sob o olhar médico: modelo biomédico e prática clínica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, p. 2672-2680, nov. 2007.

_____. Dor crônica: objeto insubordinado. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.15, n.1, p. 117-133, jan.-mar., 2008.

MELO, C. C. **Fibromialgia: da clínica atual à freudiana e retorno**. Dissertação. 88 f. (Programa de Pós-Graduação em Psicologia). Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2013.

MENKÈS, C. J.; GODEAUL, P. (2007). La fibromyalgie. **Bull. Acad. Natle Méd**, v. 191 n. 1, 143-148. Disponível em: <<http://www.academie-medecine.fr/detailPublication.cfm?idRub=26&idLigne=317>>. Acesso em: 1 ago. 2010.

MILLER, J-A. **Elementos de Biologia Lacaniana**. Belo Horizonte: Escola Brasileira de Psicanálise, 1997.

MURTA, S. G. Avaliação e manejo da dor crônica. In: CARVALHO, M. J. (Org.). **Dor: Um estudo multidisciplinar**. São Paulo: Summus Editorial, 1999.

OGDEN, J. **Health Psychology: A textbook**. New York: Open University Press, 2012.

PERISSINOTTI, D.; FIGUEIRÓ, J. Psicoterapias: indicação, modalidades e tratamento para doentes com dor. In: FIGUEIRÓ, J.; ANGELOTTI, G.; PIMENTA, C. **Dor e Saúde Mental**. São Paulo: Atheneu, 2005. p. 93-104.

PIMENTA, A. C.; FERREIRA, R. A. O sintoma na medicina e na psicanálise: notas preliminares. **Revista Médica de Minas Gerais**, Minas Gerais, v. 13, n. 3, p. 221-228, 2003.

PORTNOI, A. G. **Dor, stress e coping: grupos operativos em doentes com síndrome de fibromialgia** Tese. Departamento de Psicologia Social e Trabalho, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 1999. Disponível em: <http://psicologos3.dominiotemporario.com/doc/1999-Tese_Andrea_Portnoi.p>. Acesso em: 30 abril 2012.

REY, R. **História da Dor**. São Paulo: Escuta, 2012.

SANTOS, R. A. **A Experiência da Dor Crônica**: Subjetividade e Práticas Médicas. Série Estudos em Saúde Coletiva, Seminário de Pesquisa do IMS: Engajamento Discente e Busca por Fomento, Instituto de Medicina Social. Rio de Janeiro, v. 223, p. 78-89, 2007.

SANTOS, R. A. **Estratégias terapêuticas no tratamento da dor crônica: uma genealogia da clínica da dor**. 157 f. Dissertação. Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2009.

SCHULTZ, D.; SCHULTZ, S. **História da Psicologia Moderna**. São Paulo: Ed. Cultrix, 1981.

TEIXEIRA, M. J.; OKADA, M. Dor: Evolução histórica dos conceitos. In: NETO, O. A. et al. **Dor**: Princípios e prática. Porto Alegre: Artmed, 2009.

TEIXEIRA, M. J. F.. Fisiopatologia da Nocicepção e da Supressão da Dor. **JBA**, Curitiba, v. 1 n. 4, 329-334, 2001.

ZANOTTI, S. V.; ABELHAUSER, A.; GASPARD, J.; BESSET, V. L. Aux limites de l'hystérie, la douleur chronique. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v.16, p.425 - 437, 2013.

Recebido em: 29/07/2015.

Aceito em: 28/08/2015.