



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA – UFBA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO EM SAÚDE COMUNITÁRIA

PAULA FERNANDA ALMEIDA DE MENEZES

MÚLTIPLOS OLHARES SOBRE A DOR CRÔNICA:
Perspectivas de profissionais de um Ambulatório de Dor.

Salvador

2014

PAULA FERNANDA ALMEIDA DE MENEZES

**MÚLTIPLOS OLHARES SOBRE A DOR CRÔNICA:
Perspectivas de profissionais de um Ambulatório de Dor.**

Dissertação de Mestrado do Programa de Pós-graduação do Instituto de Saúde Coletiva – Universidade Federal da Bahia, a ser apresentado para fins conclusão de curso.

Orientador: Prof. Dr. Marcelo Eduardo Pfeiffer Castellanos

Salvador

2014

Ficha Catalográfica
Elaboração Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

M541m Menezes, Paula Fernanda Almeida de.

Múltiplos olhares sobre a dor crônica: perspectivas de profissionais de um ambulatório de dor / Paula Fernanda Almeida de Menezes. -- Salvador: F.L.Santos, 2014.

116 f.

Orientador: Prof^o. Dr^o. Marcelo Eduardo Pfeiffer Castellanos.

Dissertação (mestrado) – Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia.

1. Dor Crônica. 2. Doença Crônica. 3. Saúde Coletiva. I. Título.
CDU 364



Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

PAULA FERNANDA ALMEIDA DE MENEZES

Múltiplos olhares sobre a dor crônica: perspectivas de profissionais de um Ambulatório de Dor.

A Comissão Examinadora abaixo assinada aprova a Dissertação, apresentada em sessão pública ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

Data de defesa: 28 de março de 2014

Banca Examinadora:

Prof^o Marcelo Eduardo Pfeiffer Castellanos - Orientador - ISC/UFBA

Prof^o. Jorge Alberto Bernstein Iriart - ISC/UFBA

Prof^a. Mônica Angelim Gomes de Lima – FAMED/UFBA

Salvador
2014

AGRADECIMENTOS

O fechamento de um ciclo, em geral, nos leva a refletir sobre os caminhos que seguimos, sobre as decisões que tomamos, sobre os erros e acertos... Nesta montanha russa de altos e baixos, que é vida, um olhar sobre o passado requer reconhecer que o momento presente é resultado de cada passo (seja tortuoso ou exitoso). Por isso, agradeço imensamente por todos os êxitos e tropeços nessa trajetória, pois me trouxeram exatamente ao ponto em que me encontro. Ao final, cada minuto, cada experiência será válida se gerar um *processo* que nos ajuda a crescer como ser humano.

Mas este fechamento também me levou a refletir acerca das pessoas que cruzaram meus caminhos, participando, cada qual à sua maneira, de cada passo dado. Aproveito este espaço inicial da dissertação para dirigir meus sinceros agradecimentos a algumas destas pessoas, em especial àquelas que são fundamentais em minha vida e àquelas que foram importantes nestes últimos dois anos.

Inicialmente expresso meu amor e gratidão à pessoa que, desde o meu primeiro segundo nesta existência, se faz presente da forma mais amorosa e verdadeira possível: muito obrigada, minha querida mãe Sione.

Agradeço ao meu irmão Erick, um amigo silencioso e extremamente maduro para a pouca idade que possui. Certamente uma alma “antiga” e sábia que tem me ensinado cotidianamente a virtude da tranquilidade, do equilíbrio e da contínua observação do mundo.

Obrigada aos meus familiares queridos, especialmente minhas avós Simoni e Helena, meu pai Johnson, minha madrinha Roberta e minha tia Selma. O amor fraterno e puro que vocês me proporcionam (e que ecoa mesmo diante da ausência física) enche meu ser de alegria e motivação para seguir em frente.

Agradeço ao meu companheiro e amigo Bruno, pela dedicação, carinho e paciência incansáveis, pelas muitas horas de conversas acaloradas sobre pesquisa social, sobre a vida e sobre os sonhos de um mundo melhor para vivermos. Obrigada por cada palavra de incentivo, cada crítica, cada afago. Você me ajuda a crescer todos os dias.

Meus agradecimentos ao meu orientador Prof. Dr. Marcelo Castellanos, por ter assumido o desafio deste projeto, pelo voto de confiança dado a mim, por seu empenho e dedicação, por sua paciência e amizade, pelo conforto proporcionado a minha alma em cada reunião, por ser um mestre humilde e sensível ao diálogo e às trocas na produção do conhecimento. Tomando a sua figura como representante, agradeço a todos os professores do Instituto de Saúde Coletiva que contribuíram para a minha formação.

Agradeço também a todos os integrantes do FASA (grupo de pesquisa que me acolheu e que me fez sentir acolhida) e aos profissionais da Clínica de Dor (campo deste estudo). Meus agradecimentos especiais à Aline (que generosamente me cativou a adentrar na pesquisa sobre dor crônica), Ana Emília (Mila), Yeimi e Ana Luísa.

Muitíssimo obrigada aos membros da banca de qualificação e defesa do presente estudo, Prof^a. Dr^a. Monica Lima e Prof. Dr. Jorge Iriart, pela disponibilidade, pelo inegável comprometimento com a avaliação deste trabalho e pelas importantes contribuições generosamente cedidas.

Com muito carinho, saúdo meus colegas do Instituto de Saúde Coletiva, com os quais compartilhei dúvidas e perspectivas na produção do conhecimento. Meus agradecimentos especiais à Laio, João, Ivonise, Sonia, Robson e Cecília.

Por fim, através de um mantra que me faz lembrar todos os dias que tudo é expressão do amor divino (*Baba Nam Kevalam*), explico minha gratidão aos teóricos e pesquisadores que têm deixado suas contribuições à humanidade.

Pitr purusébhyo namah

Rsi devebhyo namah

Brahmar panam

Brahmarhavir

Brahmagnaó

Brahmanáhutam

Brahmaeva tena gantavyam

Brahmakarma samádhiná.

Faço homenagem aos meus antecedentes.

Saúdo os sábios benevolentes do passado.

Brahma é este ato.

Brahma é aquilo que se oferece,

Brahma é aquele que recebe,

Brahma é quem oferece.

Em Brahma imergirei

Após concluir sua missão.

RESUMO

A dor crônica vem ganhando cada vez mais relevância na prática clínica como importante fonte de sofrimento para o doente, impondo aos profissionais de saúde a necessidade de apreendê-la enquanto problema de saúde. Pelo seu caráter subjetivo, experiencial, privado e contingente a dor é um objeto deslocado dentro da Biomedicina, expondo as lacunas do conhecimento biomédico e desafiando os profissionais a lidar com a experiência de adoecimento vivenciada pelo sujeito acometido. Neste contexto, as clínicas de dor têm se configurado como espaços institucionais de cuidado que reconhecem a dor crônica. Este trabalho tem como objetivo “Analisar os sentidos atribuídos por profissionais de saúde de um Ambulatório de Dor (Ambdor) à dor crônica e ao cuidado em dor crônica”. Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa inscrito no campo das ciências sociais em saúde. Em 2011, foram realizados dois grupos focais (GF) com profissionais de um Ambdor localizado no nordeste brasileiro. Estes GF foram filmados e transcritos. Procedeu-se a análise a partir da construção de núcleos de significação. Alguns elementos da caracterização da dor crônica, apontados pelos profissionais, desafiam a perspectiva biomédica sobre a doença, podendo estar relacionados a diversos deslocamentos nas concepções sobre o cuidado. Contudo, notamos a existência de contradições presentes no processo de legitimação da doença e do doente. Por fim, a análise dos GF indicou que o tempo de experiência profissional em Clínica de Dor é um fator de influência importante para a sedimentação de mudanças nas concepções e valores sobre a dor e o cuidado em dor crônica.

Palavras-chave: Dor crônica, Doença crônica, Saúde Coletiva.

ABSTRACT

Chronic pain is gaining more relevance in clinical practice as an important source of distress for the patient, requiring healthcare professionals to consider it as a health problem. By its subjective nature, experiential, private and contingent, pain is a misplaced object in biomedicine, exposing gaps in biomedical knowledge and challenging professionals to deal with the illness experience of the patient. In this context, pain clinics are characterized as institutional spaces of care that recognize chronic pain. The objective of this work is "analyze the meanings attributed by health professionals of a Pain Clinic (Ambdor) to chronic pain and chronic pain care ". This is a qualitative study enrolled in the social sciences'. In 2011, two focus groups (FG) were performed with a professional Ambdor located in northeastern Brazil. These GF were filmed and transcribed. We carried out the analysis from the construction of meaning nuclei. Some elements of the characterization of chronic pain, appointed by professionals, challenge the biomedical perspective on the disease and may be related to several shifts in conceptions of care. However, we note that there contradictions in the process of legitimation of the disease and the patient. Finally, the GF indicated that length of professional experience in Clinical Pain is an important factor to influence the sedimentation of shifting conceptions and values about pain and care for chronic pain.

Keywords: Chronic Pain, Chronic Disease, Collective Health.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	9
O LUGAR DA DOR CRÔNICA NA BIOMEDICINA.....	12
Notas para introduzir o debate	12
Poder e a Autonomia na relação entre profissionais de saúde e pacientes	13
A dor crônica na Biomedicina	18
DIANTE DA POLISSEMIA DO CUIDADO: Escolhas teórico-conceituais para uma abordagem do Cuidado.	31
Cuidado como relação	31
Cuidado, saúde e cura	33
Vínculo, mútua responsabilidade e autonomia nas relações de Cuidado	35
ASPECTOS METODOLÓGICOS.....	39
Situando a pesquisa e a pesquisadora	39
Produção e análise de dados	42
Breve nota teórica: situando a análise	47
EM BUSCA DE SENTIDOS PARA A DOR CRÔNICA	56
Questionando algumas verdades da dor	68
A DOR CRÔNICA E AS REPERCUSSÕES SOBRE OS SENTIDOS PARA O CUIDADO	77
O outro lado da moeda	83
CONSIDERAÇÕES FINAIS	97
REFERÊNCIAS	103
ANEXO A	115
ANEXO B	116

INTRODUÇÃO

A dor crônica vem se apresentando como importante problema de saúde pública na atualidade, tanto pelo número crescente de indivíduos acometidos, quanto pelas consequências incapacitantes que pode gerar. Diferentemente da dor aguda – que é reconhecida como um mecanismo fisiológico de alerta – não se conhece ao certo como ocorre o processo de cronificação da dor, mas sabe-se que ele foge do padrão fisiológico (LIMA; TRAD, 2008).

Comumente não é possível identificar alterações anatômicas ou danos compatíveis com o quadro apresentado e, embora se observe avanços na elaboração de modelos neurológicos, inexistente consenso sobre um conceito unificado satisfatório para os diferentes tipos de dor (KLEINMAN, 1992).

Observam-se diversos tensionamentos no processo de legitimação da condição no meio social, agravados por seu caráter invisível, subjetivo, experiencial, que desafiam lógicas e representações correntes sobre a doença (GOOD *et al*, 1992). Assim, apesar da presença cada vez mais comum da dor crônica na prática clínica, é corriqueiro o seu desprezo enquanto sofrimento real, sendo frequentemente associados a problemas psíquicos (OLIVEIRA, 2000; MINOSSI; MINOSSI, SILVA, 2011). No entanto, a relevância da dor crônica para os pacientes como fonte de sofrimento, e suas consequências sociais, impõe a necessidade de atenção a esta questão. Há uma demanda cada vez maior por serviços de saúde e abordagens que deem conta dessa problemática. Entre as dificuldades encontram-se a deficiência de terapêuticas eficazes na medicina formal e o alto custo que tem caracterizado o tratamento da dor crônica, sendo ainda questionada a sua efetividade (LIMA; TRAD, 2008). Além disso, reconhece-se que fatores psicossociais participam da produção da dor crônica, assim como de outras doenças crônicas, apontando a sua natureza multidimensional (KLEINMAN, 1992). Isto implica a dificuldade de abordá-la, ao mesmo tempo em que questiona a lógica de causalidade linear biomédica.

Conforme Lima e Trad (2008), a dor crônica representa um objeto "insubordinado" à Biomedicina, na medida em que não é mensurável nem controlável pelos seus conhecimentos e técnicas disponíveis, desafiando os profissionais a lidar com a experiência de adoecimento vivenciada pelo sujeito

acometido. Apesar dos avanços da biomedicina nas últimas décadas, a dor crônica como objeto médico tem se configurado como um terreno de incertezas, e não há consenso quanto às características que a definem. Nesses termos, é classificada como doença *não oficial* que vem seguindo a tendência de abordagem biomédica à dor crônica a partir da década de 60; no entanto, com avanços limitados (KLEINMAN, 1992; LIMA; TRAD, 2008).

Diante destas questões, podemos sugerir que os desafios impostos pela dor crônica compõe o cenário que apontou Le Breton (1995), no qual vem sendo recorrentes questionamentos internos e externos direcionados à Biomedicina. Há uma conjuntura de crise e pressão sobre a medicina quanto a sua insuficiência em lidar com certas problemáticas de saúde, como as doenças crônicas (AYRES, 2004; LUZ, 2005). Têm sido levantadas muitas críticas aos profissionais de saúde quanto à minimização da experiência de sofrimento enquanto elemento importante na constituição do cuidado. Perante uma constante busca pelas causas das doenças e, portanto, pela objetivação, os elementos experienciais relacionados à saúde e aos processos patológicos têm sido colocados em último plano na atenção. Há, também, uma tensão na prática médica, que se constitui a partir da dificuldade de se estabelecer um equilíbrio entre a autonomia e a beneficência, enquanto compromisso médico e direito do paciente, bem como acerca do pertencimento do poder decisório (SOARES; CAMARGO JR., 2007). Diante desta situação, nota-se um aumento da aceitação de práticas ditas complementares, alternativas e integrativas, sobretudo devido aos distintos princípios e valores que agregam, além da capacidade resolutiva que têm apresentado em muitos casos (GUEDES; NOGUEIRA; CAMARGO JR., 2006).

Contudo, sob outro ponto de vista, autores vêm indicando a cronicidade como fator relevante na mudança das relações entre profissionais de saúde e pacientes (BASZANGER, 1989; BENDELOW; WILLIAMS, 1995).

Neste contexto, as clínicas de dor têm se constituído enquanto espaço terapêutico multiprofissional, muitas vezes com incorporação de práticas não convencionais e psicológicas (BASZANGER, 1998; LIMA, 2005). Estes espaços têm apresentado um diferencial no tratamento à dor crônica, ao passo em que legitimam a dor enquanto objeto médico e possibilitam que os indivíduos vivenciem outras

práticas terapêuticas, além das tradicionalmente biomédicas – ponto positivo já que estas últimas têm se mostrado insuficientes.

Diante deste quadro, emergiu o interesse de investigar se as peculiaridades no contexto da abordagem na clínica de dor orientam deslocamentos no olhar que os profissionais lançam ao cuidado e à própria dor crônica. Neste sentido, questionamos: A dor crônica implicaria especificidades nas relações de cuidado? A experiência profissional em um ambulatório de dor crônica poderia contribuir para transformações nas noções de cuidado? As concepções de cuidado de profissionais da clínica de dor estariam mais próximas do horizonte da humanização e integralidade das práticas em saúde, deslocando-se do modelo biomédico?

Orientado por essas questões, este trabalho tem como objetivo “analisar os sentidos atribuídos por profissionais de saúde de um Ambulatório de Dor (Ambdor) à dor crônica e ao cuidado em dor crônica”.

O LUGAR DA DOR CRÔNICA NA BIOMEDICINA

Notas para introduzir o debate

Nos últimos séculos, vimos o cuidado ser deslocado de uma condição de prática eminentemente privada, realizado no âmbito familiar – com a intermediação de curandeiras, parteiras e benzedeiros, e diretamente relacionado a práticas mágico-religiosas – para se configurar como uma prática social hegemônica pelo paradigma biomédico. Essa transformação teve suas repercussões nas concepções e práticas acerca do cuidado, ao passo em que, alinhada à ciência, com influência positivista, a medicina passou a reivindicar para si a objetividade e a neutralidade, imprimindo a ênfase das intervenções no cuidado, e separando a esfera relacional da técnica. Houve, gradativamente, uma constituição do poder biomédico tanto nas macro quanto nas microrrelações, que se reflete na sua legitimidade frente ao Estado enquanto paradigma do setor saúde com os pacientes.

Segundo Kleinman (1995), não há espaço para as experiências do paciente na Biomedicina, pois a formação biomédica não abarca a sensibilização diante da subjetividade do paciente, na qual os dados objetivos seriam os únicos sinais válidos. Constrói-se, assim, o projeto terapêutico sem legitimar o sofrimento.

A desvalorização da subjetividade em detrimento da objetividade, a ênfase na normatividade e a secundarização dos valores humanísticos no cuidado teriam contribuído para constituir um processo progressivo de afastamento entre médicos e pacientes, tornando, também, os pacientes menos capazes de lidar consigo enquanto sujeitos do processo saúde-doença (SOARES; CAMARGO JR., 2007). O exercício histórico de Poder como um Saber-Poder teria estabelecido a produção de objetos de intervenção e não uma relação entre sujeitos (GUIZARDI; PINHEIRO, 2005). Ou seja, foram criadas condições para que a relação médico-paciente fosse construída como uma relação sujeito-objeto e não sujeito-sujeito.

Neste contexto, observam-se desgastes nas relações de cuidado, e vem se referindo a existência de uma 'crise sanitária', gerada a partir dos limites colocados pelo intervencionismo, objetivismo, iatrogenias, limites dos diagnósticos e terapêuticos (AYRES, 2004). Luz (2005) aponta que esta crise é marcada pelas dificuldades da Biomedicina de lidar com complexos fenômenos sociais que afetam

a saúde das populações e, mais amplamente, a qualidade de vida. Além dos limites da racionalidade biomédica, existe uma “demanda crescente de atenção médica por agravos de natureza psicossocial”, que, apesar de não se enquadrarem na lógica patológica da Biomedicina, são cada vez mais frequentes nos serviços de saúde e, conseqüentemente, na prática médica (LACERDA; VALLA, 2005, p. 91). Nesses termos, de condição que não se enquadra à lógica biomédica, podemos qualificar a dor crônica, que apresenta importantes desafios ao cuidado.

Um “objeto insubordinado” (LIMA; TRAD, 2008), por não se ter conhecimentos e meios suficientes que subsidiem a sua submissão (e cura); “invisível” (RHODES *et al*, 1999), pelo seu caráter subjetivo, experiencial, privado e contingente; e “incerto” (BURY, 1982), ultrapassando a noção de temporalidade e assumindo o sentido de incurável – a dor crônica, assim, é um “objeto” deslocado na Biomedicina.

Diante destas questões, procuramos, neste capítulo, realizar uma breve contextualização da dor crônica na Biomedicina, e apresentar alguns conceitos que subsidiaram as análises de nossa pesquisa.

Poder e a Autonomia na relação entre profissionais de saúde e pacientes

Medicina e Poder

A questão do poder médico não é uma discussão nova. Ivan Illich (1975) já alertava em seu livro “A expropriação da saúde - Nêmeses da Medicina” acerca da progressiva dependência da sociedade para com a instituição médica, que se consolidou sob a égide do processo nomeado de medicalização da sociedade. Foucault (1979), analisando esse processo, trouxe à tona o assunto sob a perspectiva das relações de poder, caracterizando o projeto de medicalização da sociedade como o exercício do *biopoder*, no qual a medicina entraria em cena como uma estratégia *biopolítica* de fortalecimento do Estado por meio do controle dos corpos – ou seja, uma “estatização do biológico” (ORTEGA, 2004).

Para Foucault (1979), o poder é relacional. Não se possui poder, se exerce poder. Foucault assume que, sendo o poder relacional, se constitui a partir de determinadas condições discursivas que lhe dão legitimidade. Nesse sentido,

compreender a categoria *verdade* se torna imprescindível para a compreensão do *poder*, ao passo em que são as *verdades* construídas que imprimem a legitimidade para o exercício do Poder (CANDIOTTO, 2006).

Contrariamente à Weber (2001) que imputa ao *poder* um caráter coercitivo assentado na obediência, para Foucault a eficácia do *poder* reside no fato de que ele não apenas restringe e impõe, mas também convence e induz, possuindo um caráter produtor de saberes e práticas. (FOUCAULT, 1979) O Poder se legitima a partir da produção de verdades logicamente construídas. Dessa maneira, não existiriam objetos naturais – a loucura, a doença, a sexualidade seriam formações discursivas. Da mesma maneira, não existiriam sujeitos em si mesmos – estes se forjariam na relação, mediante práticas (CANDIOTTO, 2006).

Esclarece-se que o processo de legitimação do exercício do *poder* médico moderno se constitui sob a égide de uma *grande verdade* discursiva construída nos últimos séculos – a Ciência que, por sua vez, fincou raízes sob o véu da neutralidade positivista. O projeto ético-científico sobrepôs-se progressivamente ao projeto terapêutico e outras verdades foram produzidas para a legitimação poder médico. Um bom exemplo é a questão da doença. Segundo Camargo Jr. (2005), a doença, de maneira generalizada e implícita, é ilustrada na Biomedicina como uma entidade autônoma relacionada a lesões orgânicas. De acordo com o dicionário de Medicina Stedman (1996), a doença é caracterizada por, ao menos, dois dos seguintes critérios: existência de agente etiológico, danos ou alterações anatômicas compatíveis com o quadro, e conjunto de sinais e sintomas verificáveis. O implícito que persiste dessa alegoria é que, para medicina moderna, a doença seria predominantemente algo palpável, visível, topografável, passível de objetivação, produto de uma relação de causa-efeito. Interessam os sinais (objetivos) da existência de algo fora dos padrões do que se considera *sadio*. Assim, o patológico (ou a doença), ao invés de se configurar como uma oposição ao normal, é propriamente a expressão de uma normatividade específica cientificamente elaborada a partir de critérios pré-definidos (MENDES GONÇALVES, 1994). A normatividade médica, portanto, é o meio de ponderação da medicina entre o corpo são e o corpo doente.

Atenta-se, portanto, que a noção de doença é algo construído a partir dos modelos teórico-explicativos que na medicina são legitimados. Isso não significa que

a doença não exista como experiência, mas do ponto de vista discursivo, a doença é uma construção. Para ilustrar esta questão, atentamos para o fato de que “as doenças-entidade são de origem recente” (ILLICH, 1975) e que diversas experiências de sofrimento físico e psíquico por muito tempo foram negligenciadas como doença. A Fibromialgia, por exemplo, só recentemente foi admitida no *hall* das patologias pela medicina, ainda que não se conheça exatamente sua fisiopatologia.

No entanto, a falta de legitimidade da situação de doença persiste para muitos *portadores* de dor crônica, que podem enfrentar a rotulação de sua condição como problema psicológico ou simulação (OLIVEIRA, 2000, MINOSSI; MINOSSI, SILVA, 2011) e a carência de recursos terapêuticos e curativos eficazes na medicina oficial (LIMA; TRAD, 2011). Fica notório, portanto, o poder que a medicina exerce no processo de legitimação das doenças – e dos doentes (BURY, 1982), ainda que, como afirma Herzlich (1991), a doença seja um fenômeno que ultrapassa a medicina.

Poder e autonomia na relação médico-paciente

Investindo na verdade científica, o profissional de saúde (mais contundentemente a figura do médico) constitui um poder na relação com o paciente, estabelecendo uma relação desigual. Segundo Carapinheiro (1991), diante do saber *profano* do paciente, o médico constitui um *poder simbólico* que o situa em uma posição privilegiada e lhe confere o *indiscutível* status médico. O paciente consente a posição desigual que lhe é imposta e que é culturalmente legitimada. Esta relação estaria orientada por um saber-poder, em que o médico se coloca como mediador entre o conhecimento e o doente, sendo o ele próprio o instrumento legitimado de leitura da realidade e enquadramento para aplicação do saber científico.

O que se observa, portanto, é o estabelecimento de uma relação quase hierárquica, em que o fato de estar doente parece colocar o paciente em situação legítima de perder a sua autonomia, que é transferida à autoridade responsável pela recuperação de sua saúde – o médico. O paciente deve submeter-se à tutela médica, abdicando de sua autonomia enquanto estiver sobre tratamento (MARTINS, 2004). O poder sobre si e seu corpo é esmaecido, e, de maneira geral, seu

conhecimento sobre sua condição e sua vivência é desvalorizado. Segundo Martins (2004), é a crença na “verdade científica” que faz com que o médico se sinta no direito de invadir a autonomia do paciente, ou colocar essa *verdade* como álibi.

Há uma relação intrínseca entre poder e autonomia, pois o exercício de um revela uma tensão com outro.

Cabe explicitar que não se pretende aqui tomar a autonomia como autodeterminação, como na visão kantiana que valoriza a dimensão moral da autonomia, definindo que ela é estabelecida na medida em que seguimos as próprias leis a partir das nossas vontades (ZATTI, 2007), considerando a possibilidade de uma autonomia *neutra* de influências exteriores. Entendemos que os sujeitos se constituem socialmente e que, portanto, não estão alheios às influências do meio social. Neste ponto de vista, a autonomia se constitui na resistência, a partir da constituição de uma atitude crítica, que se fundamente na tomada da consciência das relações de poder, na aquisição do saber e na assunção de si de acordo com sua realidade. Autonomia, portanto, não se confunde com liberdade, nem com consentimento esclarecido. Diz respeito ao agir ciente, pressupondo o saber e as próprias condições objetivas e subjetivas necessárias ao agir, e considerando que o indivíduo não está livre das regras do jogo social. A autonomia também não diz respeito a um estado pleno, mas à busca e estabelecimento de relações mais simétricas e horizontais possíveis que considerem o respeito à pessoa diante do direito de decidir sobre si e/ou de participar da construção das decisões de questões que lhe afetam direta e indiretamente, tendo ciência das implicações de suas decisões.

Observa-se, contudo, que de maneira geral as relações entre médicos e pacientes vêm se constituindo de maneira diversa, de modo a destituir a autonomia dos últimos. Segundo Ilich (1975), numa sociedade *mórbida* como a nossa as pessoas vão perdendo o poder e a vontade de serem autônomas por não acreditarem nessa possibilidade, tendo sido criada uma extrema dependência no médico, que se expressaria, nas políticas de saúde, por uma valorização dos cuidados médicos à revelia dos mecanismos que permitiriam aos indivíduos cuidar de si e da própria saúde, bem como na propagação do sonho inacessível da saúde plena.

Esta destituição da autonomia do indivíduo a partir da dependência médica

vem acompanhada de um processo de constantes rupturas, em que Waldram (2000) identifica a utilidade da cura. O indivíduo se vê submisso ao médico sempre que é acometido por uma doença; e, logo que curado, esta relação é interrompida, para que novamente se reestabeleça em outro episódio mórbido. No caso da dor crônica, a permanência como estado incurável e apenas parcialmente legitimado impõe ao doente que retorne ao médico mesmo diante de rejeições (LIMA; TRAD, 2011). A cura, deste modo, não pode ser utilizada como mecanismo de ruptura, havendo uma constante dependência do doente, ainda que não haja um acompanhamento contínuo. Como afirma Bury (1982), há um processo progressivo de dependência na doença crônica.

De acordo com Cecílio (1999), os únicos autônomos nesta relação seriam os médicos, que possuem autonomia também com relação aos outros membros da equipe de saúde. Em se tratando dos pacientes de baixa renda, a relação heterônoma pode se aprofundar ainda mais, ao passo em que, além de perderem sua autonomia pela própria condição de pacientes, são desconsiderados mesmo quando não estão nesta condição, devido à posição social sopesada inferior (MARTINS, 2004). No entanto, a questão econômica não é o único elemento preponderante nas relações heterônomas no atendimento médico, já que relações de poder entre médicos e pacientes também se processam quando o paciente é de uma classe mais abastada. Mas observa-se um aprofundamento da heteronomia e das práticas desumanizadas em atendimentos de indivíduos de classes menos abastadas (a maioria do público de hospitais públicos), pois a desigualdade social é um elemento legitimado socialmente, bem como a *verdade* culturalmente enraizada de que a pobreza (ou o pobre) exige uma maior tutela social.

Contraditoriamente a esta tendência de exacerbação do poder médico, Ortega (2004, p.15) identifica a constituição de uma nova *biossociabilidade* que se fundamenta na busca incessante pelo ideal de saúde (ausência de doenças), e em que todas as atividades sociais são ressignificadas como práticas de saúde, formando, de acordo com o autor, um sujeito que se “autocontrola, autogoverna e autovigia”. De fato, vemos uma proliferação de propostas que, pelo menos aparentemente, têm a autonomia como elemento importante nas relações de produção de práticas em saúde. No âmbito institucional, por exemplo, destacam-se a Política Nacional de Humanização e a Política Nacional de Promoção da Saúde.

Não é nosso objetivo analisar a incorporação e difusão do elemento *autonomia* nas práticas de saúde de maneira mais ampla. No entanto cabe ponderar que a autonomia pode ser tomada negativamente, como uma forma de desresponsabilização do Estado, transferindo ao indivíduo a responsabilidade para com a sua saúde em questões que não está no âmbito individual das condutas a sua resolução. Além disso, há ainda a possibilidade de que o discurso da *autonomia* seja utilizado como uma forma de diminuir as responsabilidades do profissional quando da ocorrência de resultados negativos, especialmente no que diz respeito às doenças crônicas, no qual se atribui grande relevância ao comportamento e modo de vida do sujeito (AYRES *et al*, 2006).

Na contramão da construção histórica da heteronomia dos pacientes na relação com os profissionais de saúde (especialmente os médicos), têm-se apontado que a emergência das doenças crônicas tem influenciado mudanças significativas e positivas nesta relação (BASZANGER, 1989; BENDELOW, WILLIAMS 1995; LIMA, 2005). Diante da constatação da insuficiência dos modelos causais e, posteriormente, multicausais (OLIVEIRA; EGRY, 2000), tornou-se iminente a necessidade de elaborar novas construções teórico-práticas para dar conta das novas problemáticas de saúde que se apresentam em grande magnitude, intensidade e relevância para a sociedade. A doença crônica colocaria o doente no centro da atuação do médico (BASZANGER, 1989), levantando a necessidade de cooperação mútua para o manejo da terapêutica e conduzindo à valorização do vínculo devido à nebulosidade das possibilidades de cura.

A dor crônica na Biomedicina

A partir da década de 60 e 70, alguns modelos vêm sendo propostos para tentar explicar as causas e mecanismos da dor crônica, sob influência da Teoria de Comporta e, mais recentemente, da Teoria Cognitivo Comportamental, com a consideração dos aspectos emocionais, cognitivos e culturais em agregação à experiência dolorosa (SALVETTI; PIMENTA, 2007). Todavia, de acordo com Jackson (1992), longe de fornecer uma “iluminação”, a literatura científica até a década de 90 apresentava uma enorme variedade de definições e classificações, revelando a dificuldade de entender e definir a dor crônica. Segundo ele, diversos

descritores utilizados para a dor crônica (como benigna, maligna, psicogênica, orgânica, intratável etc.) são insatisfatórios ou provocam discordâncias e contrariedades.

Em artigos científicos brasileiros publicados nos últimos anos, levantados com o uso do descritor “dor crônica” nas bases de dados Bireme, e selecionados a partir de leitura dos títulos e resumos, identificamos pontos de convergência e divergência com variações muitas vezes sutis na definição e caracterização da dor crônica. Essas variações expressam diferentes perspectivas adotadas para lançar o olhar sobre este objeto. Basicamente, parece haver um consenso de que condições de dor crônica sejam caracterizadas por *dor persistente*. Esta noção constitui uma das formas mais usuais de operacionalização do conceito de cronicidade da dor. O fator temporal é comumente referido como um dos critérios para diagnóstico clínico ou de inclusão em pesquisas, podendo ainda estar relacionado à duração da dor ou ao *tempo fisiológico* esperado para a cura da lesão. No entanto, não há acordo quanto à questão de se é a presença, ausência ou aparente ausência de dano que caracterizam a dor crônica. Além disso, identificamos artigos que associam dor crônica à *somatização* (origem psíquica); que a caracterizam como tendo *origem física com evolução desproporcional*; como uma *condição associada a doenças crônicas*; e como uma *patologia, conjunto de condições patológicas que cursam com dor persistente* ou *sintoma* de doença. No geral reconhece-se que há uma carência de conhecimentos sobre os seus mecanismos e causas, sendo frequentemente aludida como uma *condição sem explicação médica*. (ALMEIDA *et al*, 2008b; BESSET, 2010; BOMBANA, 2006; BRANDT, 2011; BRASIL; PONDÉ, 2009; BRAZ *et al*, 2011; CAMPI *et al*, 2013; CASTRO *et al*, 2011; CAVALCANTE *et al*, 2006; DELLAROZA *et al*, 2008; DELLAROZA; PIMENTA, 2012; DELLAROZA; PIMENTA; MATSU, 2007; HELFENSTEIN JUNIOR; GOLDENFUM; SIENA, 2012; HOMANN *et al*, 2011; KRELING; CRUZ; PIMENTA, 2006; KURITA; PIMENTA, 2004; LAGO-RIZZARDI; LIMA; CARVALHO, 2008; MARTA *et al*, 2010; MARTINS, PANOSSIAN; GAVIOLI, 2006; MATTOS; LUZ, 2012; MELO; DA-SILVA, 2012; MINOSSI; MINOSSI; SILVA, 2011; OLIVEIRA *et al*, 2000; OLIVEIRA; MORAES; SANTOS, 2013; PARABONI; CARDOSO, 2010; PEREIRA; RABELO, 2003; PERES *et al*, 2007; PIMENTA, 2001; PIMENTA, 2007; RIVIARO; FILIPPIN, 2012; ROCHA *et al*, 2011; SALVETTI; PIMENTA, 2007; SARDÁ JR. *et al*, 2012; SANCHES; BOEMER,

2002; SANTOS *et al*; 2011; SOUZA, 2009; SILVA; ROCHA; VANDENBERGHE, 2010; TEIXEIRA; SIQUEIRA, 2010; TOFOLI; ANDRADE, FORTES, 2011; VLAINICH *et al*, 2010)

Muitos autores se referenciam na definição mundialmente aceita da IASP (Associação Internacional de Estudos da Dor), que considera a dor como uma “experiência sensorial e emocional desagradável associada a um dano real ou potencial dos tecidos, ou descrita em termos que sugerem tal dano” (DELLAROZA *et al*, 2008; DELLAROZA; PIMENTA; 2012; KRELING; CRUZ; PIMENTA, 2006; ALMEIDA *et al*, 2008a; BRAZ *et al*, 2011; DELLAROZA; PIMENTA; MATSU, 2007; LAGO-RIZZARDI; TEIXEIRA; SIQUEIRA, 2010; LIMA; NEVES; PIMENTA, 2005; MATTOS; LUZ, 2012; PEREIRA; RABELO, 2003; QUEIROZ, 2012; SANCHES; BOEMER, 2002).

No CID-10 (uma publicação da Organização Mundial de Saúde que fornece códigos para a classificação de doenças e problemas relacionados à saúde), por analogia, a dor crônica estaria enquadrada como “transtorno doloroso somatoforme persistente”, onde a

[...] queixa predominante é uma dor **persistente**, intensa e angustiante, dor esta **não explicável** inteiramente por um processo fisiológico ou um transtorno físico, e ocorrendo num contexto de **conflitos** emocionais e de problemas psicossociais suficientemente importantes para permitir a conclusão de que os mesmos sejam a causa essencial do transtorno. O resultado é em geral uma **maior atenção** em suporte e assistência quer pessoal, quer médica. Uma dor considerada como psicogênica mas ocorrendo no curso de um transtorno depressivo ou de uma esquizofrenia não deve ser aqui classificada. [grifo nosso]

Contudo, esta definição, que se atrela à noção de “transtorno somatoforme”, parece questionar a veracidade do sofrimento (BOMBANA, 2006).

A falta de consenso na definição da dor crônica também foi um problema identificado por Garcia e Torres Neto (2011), que repercute significativamente nas produções científicas em decorrência da dificuldade de comparar e agrupar resultados. No campo dos estudos quantitativos, esta falta de acordo acarreta abissais discrepâncias nos resultados dos estudos de prevalência devidos aos critérios diversos que são adotados. Vale destacar que muitos artigos não apresentam sequer elementos que possam corresponder a uma definição para dor crônica (NASCIMENTO; SAKATA, 2011; NEGROMONTE; ARAUJO, 2011; KURITA;

PIMENTA, 2004; FORMI *et al*, 2012; GARCIA; TORRES NETO, 2011; GARCIA, VIEIRA; GARCIA, 2013; KRAYCHETE; SAKATA, 2012; KURITA; PIMENTA; NOBRE, 2008; NEUBERN, 2012).

No contexto da clínica, divergências e silêncios em torno da dor crônica repercutem uma imprecisão no enquadramento de determinadas condições, comumente acarretando “sobreposições de diagnósticos” que transitam entre a psiquiatria e a clínica médica, a depender do contexto e da especialidade. Um exemplo disso ocorre com a fibromialgia, que pode ser classificada tanto como somatização quanto como transtorno do aparelho locomotor (BOMBANA, 2006; BESSET, 2010). Notoriamente, existe um esforço para incluir as doenças anômalas no escopo biomédico, lançando mão de estratégias como a classificação (GUEDES; NOGUEIRA; CAMARGO JR., 2006). Dar um nome cria, nesse caso, um status de legitimação da patologia (MCGUIRE, 1991), transformando, simbolicamente, o invisível em visível. Desta forma, nomeando-a, coisifica-se a dor, numa tentativa de objetivação. Entretanto, isso não resolve a problemática, pois a mera classificação da doença não garante a eficácia do manejo. Bury (1982) reporta que os doentes podem se decepcionar ao perceber a insuficiência e incompletude da medicina e, assim, recursos próprios poderão ser acionados. Ocorre que no caso das doenças crônicas, em especial a dor crônica, nem sempre é possível identificar ou eliminar as causas. Ainda que seja possível se fazer o diagnóstico da doença, e que esse diagnóstico traga algum conforto ao definir o estado das coisas, a limitação da medicina na explicação das causas e mecanismos, bem como as limitações terapêuticas continuam sendo importantes entraves.

Contudo, mesmo diante de tentativas de incluir determinadas condições que cursam com dor crônica no escopo da taxonomia médica, de maneira geral a dor crônica segue sendo pouco diagnosticada e fortuitamente os pacientes são encaminhados para a psiquiatria antes mesmo de serem realizadas investigações mais aprofundadas (MINOSSI; MINOSSI, SILVA, 2011). A dor crônica, então, segue como um caso especial, uma categoria clínica anômala, pois difere do padrão biomédico de desordens. Torna-se evidente o status incerto da dor crônica na Biomedicina, repercutindo uma carência de sanção oficial na taxonomia biomédica. (KLEINMAN, 1992)

Sob outra óptica, a dor crônica segue como um objeto *liminar*, ou seja, algo ambíguo que foge aos padrões de normalidade; algo que não deveria ser ou que remete à incerteza, incorporando um dilema (JACKSON, 2005).

Os tributos de liminaridade, ou de pessoas liminares são necessariamente ambíguos, uma vez que esta condição e estas pessoas furtam-se ou escapam à rede de classificações que normalmente determinam a localização de estados e posições num espaço cultural. As entidades liminares não se situam aqui nem lá; estão no meio e entre as posições atribuídas e ordenadas pela lei, pelos costumes, convenções e cerimonial. (TURNER, 1974, p. 117).

Apesar de sua presença constante na prática clínica, a dor é desvalorizada na formação e prática médica (LIMA; TRAD, 2007). A desvalorização dos "sintomas subjetivos" coincide, nesse sentido, com um *não saber como lidar* ou com a ausência de recursos, levando, comumente, à sua negação (GUEDES; NOGUEIRA; CAMARGO JR., 2006).

Diante do *inexplicável*, podem ocorrer referências a fatores psicológicos, inclusive atribuindo nomenclaturas técnicas ou vulgares a essas manifestações, como DNV (Distúrbio Neurovegetativo), *chilique*, *simulações* e *conversões* (OLIVEIRA, 2000). Esses pacientes acabam sendo marginalizados, tendo dificuldades de acesso aos serviços (GUEDES; NOGUEIRA; CAMARGO JR., 2006).

No caso dos pacientes de dor crônica, a busca pela objetivação da Biomedicina pode significar um grande problema, na medida em que a sua forma de mensuração pelos cuidadores é indireta e depende da comunicação do paciente (JACKSON, 1992). A dor necessita de legitimação social para ser considerada real (JACKSON, 2005). Pode-se propor que repousa aí elemento importante para se compreender as dificuldades dos médicos, de que falaram Lima e Trad (2011), em acreditar e lidar com a dor, em especial a dor crônica: seu caráter subjetivo impõe barreiras comunicacionais na relação médico-paciente. Para considerá-la, deve-se acreditar no que o doente reporta; o médico depende da narrativa do paciente para acessar indiretamente a sua experiência. (LIMA; TRAD, 2007) Esta necessidade que a dor impõe no cuidado torna-se um empecilho num paradigma que, em geral, considera como *real* o que se pode objetivar. Por ser um objeto invisível (RHODES *et al*, 1999) ao olhar médico, a dor, em especial a dor crônica, está sujeita à suspeição de sua veracidade (LIMA; TRAD, 2011). Não é por acaso que, segundo

Jackson (2005), as piores relações da medicina seriam as entre médicos e pacientes de dor.

Desvela-se uma característica importante desta lógica: o que se apreende na Biomedicina não é o indivíduo que sofre, mas a doença. A patologia se transforma em uma entidade, e o indivíduo é o cenário em que o fenômeno se expressa. Sobre esta questão, Bury (1982) alerta para a possibilidade conceitual que a Biomedicina imprime ao dissociar o indivíduo da patologia. Por um lado, esta separação é um importante recurso cultural, podendo auxiliar no enfrentamento da condição ao diminuir as responsabilidades assumidas pelo paciente na medida em que se concebe a doença como uma força externa que vitimiza o indivíduo. Torna-se, portanto, “um ponto fixo objetivo num terreno de incertezas” (FABREGA; MANNING, 1972 *apud* BURY, 1982, p. 53). No entanto, concordando com Bury, a própria experiência da doença crônica impõe contradições com esta lógica da doença como coisa separada de si, pois o indivíduo sente que ela invade diversos, se não todos os aspectos de sua vida. No caso da dor crônica, esta questão é evidente, pois ela torna-se central para o doente, girando seu foco de atenção e interferindo em suas atividades cotidianas (SALVETTI; PIMENTA, 2007). Ademais, na medida em que se reconhece que, nas doenças crônicas, os processos causais não são lineares, nem mesmo estritamente biológicos, participando fatores psicossociais, cria-se a possibilidade de que o indivíduo doente assuma posição diferente do *status* comum de vítima da doença. Neste sentido, no campo das doenças crônicas, tem se percebido um enfraquecimento dessa lógica da vitimização do doente, ao passo em que a ideia da participação dos chamados “comportamentos de risco” no adoecimento tem contribuído para a constituição de sentidos de responsabilização do paciente quanto ao desenvolvimento da doença (AYRES *et al*, 2006). Em um estudo realizado numa Clínica de Dor nos Estados Unidos, Jackson (1992) identificou que estariam sendo construídos sentidos de que o paciente de dor crônica, ainda que não seja responsabilizado quanto ao aparecimento da doença, à medida que esteja acometido, passa a assumir responsabilidades pelo seu curso, devendo controlá-la.

Deve-se atentar, contudo, que o próprio reconhecimento da condição de doente, em grande parte, depende da medicina, que historicamente assumiu um papel de legitimadora deste processo (BURY, 1982). Numa experiência de doença

crônica, “em que as estruturas da vida cotidiana e as formas de conhecimento que as sustentam se rompem”, a medicina possui proeminente influência na reorganização das rupturas e suas consequências (BURY, 1982, p.43), permitindo ao indivíduo lançar mão de recursos cognitivos e explicativos biomédicos para constituir um entendimento sobre a própria experiência, bem como auxiliar num conforto emocional do indivíduo ao depositar esperanças e no sistema médico para o seu tratamento. No caso da dor crônica, como o conhecimento da dor do outro depende da sua expressão (HELMAN, 1994), essa legitimação da medicina assume grande importância para o doente, pois se torna um atestado para os outros da existência de algo que somente ele mesmo pode experimentar.

Neste cenário, as Clínicas de Dor aparecem como espaço que vem a reconhecer a problemática da dor crônica, que é deslocada de uma posição comum de negação e desatenção na prática clínica geral, para o *status* de problema de saúde nos ambulatórios de dor.

As Clínicas de Dor são resultados do projeto do anestesista John Bonica (1917-1994) de reunir médicos (e não médicos) de diversas especialidades para constituir uma abordagem clínica, de pesquisa e de ensino direcionada a dores persistentes complexas e intratáveis. Ele e sua equipe concluíram que, diante de dores complexas, era necessário adotar uma abordagem multidisciplinar, que contemplasse diversas perspectivas e saberes, de modo a prestar diagnóstico e tratamento mais efetivo. Bonica procurou reposicionar a dor como um objeto médico, diferenciando a dor sintoma (que seria sinal de doença) da dor patologia (a dor anormal, que seria um problema per si); e a dor do laboratório (apreendida a partir do método experimental) da dor clínica (que só pode ser entendida com a consideração dos elementos contextuais). Assumiu-se que a dor é composta por dimensões fisiológica e emocional, possuindo ao mesmo tempo natureza psíquica e somática, e que determinadas dores *anormais*, além de constituírem um problema per si, demandam relações diferenciadas entre profissionais e pacientes. Nesta linha, a existência ou gravidade da dor não seria negada, ainda que algumas dores pudessem ter origem psíquica. Ao contrário, compreende-se que as conclusões clínicas obtidas a partir do confronto entre a narrativa do paciente e a observação do profissional (ainda que fossem divergentes) serviriam como guia para

a construção do projeto terapêutico, e não para a negação da veracidade da dor (BASZANGER, 1998; CASTRO, 2009; SANTOS, 2009).

O projeto de Bonica se tornou o modelo básico que orientou a criação de diversas Clínicas de Dor pelo mundo. Todavia, estes espaços são bastante variados tanto sob o ponto de vista organizacional quanto com relação à oferta clínica, que inclui diferentes profissionais e práticas convencionais e não convencionais. Mas há orientação predominantemente voltada à psiquiatria e especialidades médicas, como anestesiologia, fisioterapia, neurologia e ortopedia, entre outras (CSORDAS; CLARK, 1992; CASTRO, 2009).

Castro (2009) aponta que, no Brasil, existiriam cerca de 200 serviços de dor espalhados por todos os estados brasileiros, mais concentradamente nas regiões Sul e Sudeste. Dentre estes serviços, seriam poucos os Centros Multidisciplinares de Dor – que, de acordo com classificação da IASP, representariam a mais complexa entidade de atenção à dor, que seria vinculada a uma escola médica ou hospital de ensino, e integraria diversos profissionais de saúde (pelo menos um psiquiatra ou psicólogo e mais duas especialidades médicas) que deveriam manter comunicação e integração na assistência ao paciente. O autor refere que nos *serviços de dor* comuns no Brasil, em geral, poucos profissionais possuem diferentes treinamentos técnicos, sendo comum que um mesmo profissional se utilize de diversos procedimentos. Castro ainda refere a existência de deficiências das fontes de informações sobre o cenário da clínica da dor no país. (CASTRO, 2009)

São escassas as publicações de pesquisas brasileiras com perspectiva socioantropológica realizados em clínicas de dor, especialmente as direcionados à análise das relações de cuidado e às formas de apreensão da dor crônica. No entanto, destacamos as publicações originadas da tese de doutorado de Mônica Lima (Ver LIMA, 2005; LIMA; TRAD, 2007; 2008; 2011), que trazem importantes apontamentos para a compreensão da dinâmica de duas clínicas de dor brasileiras (uma delas a mesma eleita como cenário do presente estudo, o que justifica o enfoque). Uma das características sobressalentes repousa na identificação de certa eficácia da organização multiprofissional nas clínicas de dor, o que as autoras chamam de *circuloterapia*. Segundo Lima e Trad (2011), a *circuloterapia* teria uma íntima relação com o "passar" por diversas experiências, diferentes profissionais e

tratamentos – incluindo práticas não convencionais, como a acupuntura. As autoras lançam a hipótese de que a insuficiência da resposta e de medicamentos eficazes exigiu dos médicos e da medicina incluir outras estratégias não biomédicas para lidar com a problemática.

Ressalta-se que nesses espaços se compreende enquanto "sucesso terapêutico" não a cura, mas a adaptabilidade do paciente à condição, ou seja, o autogerenciamento da dor, da terapêutica e da própria vida (LIMA; TRAD, 2007), e a estabilidade da incapacidade gerada (BURY, 1982) pela dor crônica. Revelando uma possível tendência à abordagem cognitivo comportamental dos profissionais de seu estudo, Lima e Trad (2011, p. 288) afirmam que "o principal objetivo [do tratamento] é a modificação da experiência do doente sobre a sua dor". Segundo Bury (1982), essa expectativa também acaba sendo cultivada pelo próprio paciente, que passa a vislumbrar a sua adaptabilidade à doença. No entanto, Jackson (1992), refere que há discordâncias entre médicos de clínicas de dor dos EUA sobre o objetivo do tratamento e o critério de sucesso: se seria o controle da experiência de dor ou o controle do comportamento de dor.

Diante das peculiaridades inerentes à abordagem da dor crônica, aos poucos os profissionais das clínicas de dor perceberiam a importância da centralidade do doente para o sucesso do projeto terapêutico (LIMA; TRAD, 2007). Apesar do processo progressivo de dependência na doença crônica, Lima e Trad (2007, 2008, 2011), assim como Baszanger (1989), identificaram que os doentes das clínicas de dor não são visto tanto como passivos. Os pacientes aprenderiam a construir seu próprio itinerário, adquirindo conhecimentos e identificando os melhores tratamentos para seu caso. Portanto, eles seriam recolocados no centro da ação, sendo extremamente necessário o desenvolvimento de formas de **persuasão** do profissional para que o doente **aceite** se inserir no processo terapêutico, **cooperando** não pela **obediência**, mas pela **singularidade** e **receptividade**. Nesta relação se tornariam imprescindíveis a criação de vínculos, a negociação e a monitorização.

Mais explicitamente, o objetivo vislumbrado da adaptação à condição pelo paciente exigiria a criação de um vínculo duradouro, já que a impossibilidade de cura coloca-se como uma importante barreira para a alta médica. Nesse sentido, seria lógica a necessidade de uma maior participação dos pacientes para o melhor

manejo da doença e da terapêutica. Portanto, a formação de vínculo com os profissionais seria uma forma de manter uma orientação mais próxima. Diante destas questões, sugere-se que a dor crônica 'obrigaria' o terapeuta a ter outro olhar [e escuta], impondo, relativamente, a sua humanização no cuidado (LIMA; TRAD, 2011). Desta maneira, o estabelecimento de condições para a garantia da continuidade do tratamento seria essencial, ocorrendo negociações implícitas e explícitas entre o profissional e o doente, em que o paciente assumiria a posição de gerente e o médico de monitor (LIMA; TRAD, 2007).

Nesta configuração, poder-se-ia sugerir que os abismos na relação de poder entre médico e paciente poderiam diminuir, já que a participação do doente na construção do projeto terapêutico e a sua adesão à terapêutica seria fundamental para o sucesso do tratamento. Porém é importante ressaltar que a **persuasão** para a **aceitação**, ainda que não seja pela relação imposição-obediência, não necessariamente contempla um processo de negociação necessário para diminuir os abismos da relação médico-paciente, já que o exercício do poder não se dá apenas através da coação, mas também por meio do convencimento.

Outro ponto que merece atenção, diz respeito à influência do fator psicológico na abordagem à dor crônica, especialmente se considerarmos que diversos estudos vêm apontando associação de ansiedade e depressão com dor crônica (BRASIL; PONDÉ, 2009; CASTRO *et al*, 2006; MARTINEZ; PANOSSIAN; GAVIOLI, 2006; MATTA; MOREIRA FILHO, 2003; MELLA; BÉRTOLO; DALGALARRONDO, 2010; MERCANTE *et al*, 2005; PIMENTA *et al* , 2000, etc.). De acordo com Lima e Trad (2007), nas clínicas de dor, concebe-se o fator psicológico como modulador e não como produtor da dor. Dessa forma, o apoio psicológico seria importante para "reprogramação" do doente. Nas clínicas de dor, o sofrimento mental é um elemento de grande preocupação, porém, quando a ocorrência da dor é concomitante a uma doença psicológica, como a depressão, a dor passaria a ser vista como "ao lado da depressão" ou a "mesma coisa" (LIMA; TRAD, 2011). Segundo Jackson (1992),

A maioria dos centros de dor assume uma postura um tanto psicológica para a dor crônica e rejeita decisões sobre o tratamento baseadas somente nos achados biomédicos convencionais de raios X e exames de TC. (p.141)

Observa-se que a legitimação promovida nas clínicas de dor não ocorre sem dificuldades. Há apontamentos de que, mesmo nestes espaços específicos para o

tratamento da dor, há grande dificuldade da Biomedicina de legitimar expressões com causas mal definidas, pois há uma expressa contradição com a doutrina biomédica. Afinal, quando uma manifestação patológica não se enquadra em alguma taxonomia médica, constitui um problema de diagnóstico para a medicina (GUEDES; NOGUEIRA; CAMARGO JR., 2009). Lima e Trad (2011) observaram que, mesmo num espaço em que o foco é a dor, a objetivação pode ser assumida como norteadora das condutas, a partir, sobretudo, da espacialização. Não poder espacializar a dor colocaria o médico em xeque, já que o seu principal recurso é o seu próprio olhar. Em adição, a centralidade do médico no tratamento emerge, sobretudo, quando se pode classificá-la como uma doença; ele torna-se, então, o principal agente na intervenção (LIMA; TRAD, 2011). Quando não é possível realizar um diagnóstico compatível com a taxonomia médica, outros agentes não médicos ganham relevância.

Assim, apesar das peculiaridades, a atuação médica nas clínicas de dor pode guardar convergências com a atuação médica clínica em geral, pois, ainda que se legitime a condição, e que exista abertura a práticas não biomédicas, através dos artigos de Lima e Trad podemos sugerir que não necessariamente houve substituição paradigmática. Nesta perspectiva, estas práticas não afetariam a hegemonia biomédica, mas a complementariam. Exemplo disso é a ênfase no uso de medicamentos no tratamento da dor crônica. Para os médicos e psicólogos da clínica de dor, o tratamento medicamentoso é fundamental, coerentemente com os poucos recursos que a Biomedicina possui para lidar com a dor crônica (LIMA; TRAD, 2011), bem como com a lógica biomédica que tende à intervenção *concreta*, ou seja, medicamentosa ou cirúrgica (CAMARGO JR., 2005). Em contraponto, foi observada dificuldade dos pacientes crônicos no uso contínuo de qualquer medicação (LIMA; TRAD, 2007, 2011). Neste contexto é que as terapêuticas não convencionais têm ganhado destaque como importante fonte de alívio da dor (LIMA; TRAD, 2011).

Outra questão que merece atenção diz respeito às visões dos profissionais acerca dos pacientes de dor crônica. A pesquisa de Jackson (2005) identificou a possibilidade de que os próprios profissionais de saúde (de clínicas de dor americanas) fossem promotores de ações estigmatizantes, como estratégia para incitar pacientes a mudarem seus comportamentos diante da doença. Para o autor,

a estigmatização dos pacientes de dor crônica decorre do fato de que eles desafiam tanto as rotinas de cuidado (por transgredirem parâmetros e normas da Biomedicina) quanto as expectativas de normalidade do meio social, o que transforma o doente de dor crônica em uma *entidade liminar*. Jackson (2005) também identificou que, na visão dos profissionais, há pacientes classificados como tendo dores “reais”, outros que possuiriam história de problema orgânico, mas que não explicam a dor crônica, e outros com dor crônica “misteriosa”. Além disso, ele expõe que as instituições de saúde não considerariam que os pacientes de dor crônica são merecedores naturais de benefícios pelas deficiências decorrentes da dor crônica, ou avaliariam a concessão como *contraterapêutica*, quer dizer, contribuiria para uma não melhora. Melhor dizendo, haveria diferentes níveis hierárquicos merecedores de benefícios: os que sofrem em decorrência de eventos trágicos seriam os mais aceitos; em seguida, os que sofreram de tragédias, mas que tem alguma responsabilidade no ocorrido; depois, as pessoas que possuem questões psíquicas que influenciam na dor; por último, os que deturpam conscientemente o comprometimento, os simuladores.

Em trabalho anterior, Jackson (1992) relaciona a existência de dubiedades em torno da realidade da dor através da consideração da dor real e da dor irreal. Ele expõe que *dor irreal* é uma terminologia de cobertura para diversos sentidos nebulosos que se relacionam com as ambiguidades da própria natureza da dor crônica (a invisibilidade, subjetividade e desafio aos dualismos cartesianos da Biomedicina). Jackson demonstra que as ambiguidades da realidade da dor estão atreladas a processos de responsabilização, desmoralização e estigmatização do paciente, e são sistematicamente utilizadas como modalidade do tratamento na clínica de dor.

Diante destas questões, é possível notar que não existe uma homogeneidade da assunção da dor crônica na Biomedicina, havendo divergências nas abordagens que se expressam tanto no ponto de vista conceitual, quanto nas diferentes práticas orientadas pelas distintas concepções de dor crônica (JACKSON, 2005). Isto aponta que esta área da Clínica vem se constituindo em um terreno algumas incertezas que podem reverberar em contradições na relação estabelecida entre profissionais e pacientes de dor crônica. Estas contradições são observadas também nas Clínicas

de Dor que, mesmo se constituindo enquanto espaços de legitimação, acabam por reproduzir dicotomias da doutrina médica.

DIANTE DA POLISSEMIA DO CUIDADO: Escolhas teórico-conceituais para uma abordagem do Cuidado.

O *cuidado* é considerado uma categoria chave no campo dos saberes e práticas em saúde, contendo muitas possibilidades de sentidos (PINHEIRO; MATOS, 2005). Essa multiplicidade indica a dificuldade de encontrar um consenso. Mas também reflete a complexidade da apreensão das questões ligadas à saúde e a doença.

Como prática social, como categoria do (e para o) saber, como objeto da ciência, como experiência... Essas muitas possibilidades nos obrigam a delimitar sob que sentido o cuidado nos servirá na empreitada desta pesquisa.

A priori, cabe a delimitação de uma borda deste enquadramento: o *cuidado* é uma construção social, histórica e cultural. Não pretendendo tomar esta afirmativa como uma *verdade*, e invalidar a própria afirmação; há aqui uma tentativa de desnaturalizar o *cuidado*. Pretendemos refletir a partir do pressuposto de que há uma natureza histórica da construção do cuidado enquanto categoria na construção do conhecimento e enquanto prática social na saúde. Mas procuramos ir além da discussão *do que é (ou está)*, pois há, no cuidado, uma dimensão ética que nos leva também à reflexão *do que deveria (ou poderia) ser* a partir de uma análise que considera determinados pressupostos. Essa é a proposta desse capítulo: apresentar uma discussão sobre o cuidado, que parte de uma escolha teórica, ponderando os elementos que melhor nos auxiliarão a construir as análises da pesquisa proposta.

Cuidado como relação

Cabe, inicialmente, questionar: que tipo de cuidado se demanda? Considerando o paradigma biomédico hegemônico, poderíamos concluir que o cuidado diz respeito às consultas, técnicas, procedimentos, tratamentos, exames diagnósticos... Haveria uma demanda por atendimentos eficazes em saúde. A reivindicação por médicos, ações e serviços de saúde tem sido bastante observada, sendo expostas diversas deficiências do sistema de saúde. Todavia, uma discussão que se fortalece por outra via tem ganhado corpo nas últimas décadas no Brasil e no mundo, salientando também as deficiências qualitativas nos serviços e ações de

saúde, sob o olhar tanto objetivo quanto subjetivo – a humanização na saúde. Tão contundente se tornou esta abordagem, que foi formulada enquanto eixo de política pública nacional e é bandeira de ativismo em defesa da saúde.

Ainda que não seja objetivo abordar o cuidado sob a perspectiva das discussões da humanização, esta questão nos dá importantes apontamentos de que a demanda por cuidados não se relaciona apenas à técnica, e que a subjetividade das relações também devem ser consideradas para a análise desta questão.

Muitos autores vêm levantando indicativos para este caminho de análise. De acordo com Machado, Pinheiro e Guizardi (2005) existe uma demanda pela produção de cuidados que ultrapassa os pressupostos hegemônicos fundamentados na tecnociência historicamente construídos pela Biomedicina, implicando importantes desafios para a organização dos serviços de saúde. Para Favoreto (2005), demanda-se o reconhecimento e a resignificação de escutas contextualizantes dos sujeitos e suas histórias de vida; do toque para além do procedimental, mas que materialize a relação humana que é estabelecida entre médicos e pacientes; e uma postura ética e menos assimétrica. E Guizardi e Pinheiro (2005) argumentam sobre a necessidade de deslocar a noção de intervenção para a noção de cuidado.

Observa-se que há uma tentativa no campo da saúde coletiva de fazer essa distinção entre a intervenção e o cuidado. Emerson Merhy, por exemplo, separa, nas práticas de saúde, um *núcleo cuidador*, que corresponde ao âmbito relacional. Neste núcleo seriam enfatizadas as *tecnologias leves* na interseção dos profissionais com os usuários, realizadas por todos os profissionais envolvidos (MERHY, 2004). Para ele, cuidar estaria relacionado com a proximidade entre os sujeitos envolvidos, proximidade esta que possibilitasse a sensibilização com o sofrimento e que servisse à construção da autonomia dos pacientes através de um processo de referência dos profissionais integrados na comunidade (MERHY, 1997). Cuidar, portanto, perpassaria as relações, e os *núcleos específicos* estariam relacionados às intervenções. Argumentamos, contudo, que ao separar o cuidado da dimensão técnica, relegando-o apenas às questões relacionadas à subjetividade, poderíamos reforçar ações também dicotomizadas como uma tarefa delegada na prática dos serviços. E mais, poderia levar à ilusão de que, ao aplicar um procedimento, não

estaríamos mobilizando símbolos e, portanto, nos relacionando. Um caminho teórico alternativo seria pensar a intervenção como parte do cuidado.

O cuidado, na perspectiva aqui defendida, acolhe os sentidos tanto da capacidade técnica quanto relacional, que pressupõem além de um conhecimento, uma sabedoria prática; além de atenção à objetividade, a consideração da subjetividade na interação entre os sujeitos. Nessa perspectiva, o que aparece como elemento preponderante é a consideração de que os *valores* perpassam o cuidado.

Fica clara a impossibilidade da neutralidade no *cuidado*, pois, ainda que optemos por uma prática imparcial, a natureza da produção em saúde remete necessariamente à produção e reprodução de valores. Valores estes que perpassam não apenas a forma com a qual os profissionais lidam com os pacientes, mas também os valores que *constroem* as técnicas, já que, como alerta Mendes-Gonçalves (1988), as tecnologias são marcadamente ideológicas. Em outras palavras, as técnicas não estão isentas dos valores adotados nos modelos assistenciais e, portanto, imprimidos pela Biomedicina e pela sociedade de maneira mais ampla, nem da forma pela qual são utilizadas por quem as manipula.

Em todas as dimensões do cuidado, portanto, há mobilização simbólica, há produção e reprodução de valores. E isso se torna ainda mais claro ao refletirmos que *cuidado*, como prática social, é também **relação**. O *cuidado* só se realiza mediante a interação entre indivíduos. No entanto, a forma pela qual o cuidado irá se realizar está relacionada com os valores imbricados nessa relação, que perpassam desde a reprodução dos valores sociais aos valores constituídos a partir da experiência única de cada indivíduo; dos valores imprimidos no uso das chamadas *tecnologias leves*, aos valores que *constroem* as *tecnologias leve-duras* e *duras*. Ou seja, tanto a concepção de *cuidado* quanto a forma de cuidar, são construções sociohistóricas.

Cuidado, saúde e cura

Neste ponto, cabe resgatar as demandas para o cuidado. Merhy (2004) define que o objeto do campo da saúde é a produção do cuidado, meio pelo qual se atingiria os objetivos últimos, a *saúde* e a *cura*. Atentemos, contudo, que, assim como o cuidado, tanto a noção de *saúde* quanto a de *cura* são construções socio-

históricas. Concordando com Acioli (2005), a prática de cuidado assume sentido social, cultural e historicamente localizado.

Atualmente, vemos a saúde e a cura extremamente relacionadas ao paradigma biomédico, como ausência de doença. No entanto, as questões da prática cotidiana vêm demonstrando o quão incompleta e, até mesmo, incompatível esta perspectiva pode ser. A emergência das doenças crônicas, e a sua abrangência a parte considerável da população, vem demonstrando que a saúde como ausência de doença é inapropriada numa realidade em que a cura pode não ser algo possível. Mesmo a concepção altamente difundida da saúde como 'bem estar biopsicossocial' não dá conta da definição, ao passo em que remete ainda mais a uma busca utópica.

Na perspectiva *generalizadora*, a definição da saúde parece nos apresentar mais fracassos que vitórias, mais confusões que esclarecimentos. Nesse sentido, nos parece que a *singularidade* vem a apontar um caminho, tanto para a caracterização da *saúde* quanto para nortear o *cuidado*.

Adotamos, assim, a concepção de que a saúde é vivenciada e não mensurável; ela é singular de cada indivíduo singular (MARTINS, 2004). Portanto, o projeto terapêutico desse indivíduo singular, também deve ser singular. Consideramos que as demandas dos indivíduos são diferentes (ainda que sejam *classificados* com as mesmas doenças) e as suas potencialidades para superar os seus problemas também diferem. Além disso, consideramos que a saúde deve remeter ao ser humano não apenas como corpo físico, mas compreendendo a complexidade e interconexão das dimensões que perpassam a sua existência.

Cada vez mais se reconhece as ligações entre mente e corpo, estado emocional e estado físico. No entanto, a dicotomia impressa pela Biomedicina à ordem psíquica e a orgânica, ainda implica em dificuldades de lidar com o cuidado numa perspectiva que aborde o ser humano de maneira mais integral. Contudo, os diversos fenômenos que expõem falhas nesta abordagem fragmentada, como, por exemplo, a 'síndrome do jaleco branco', e mesmo a recorrente associação entre estados depressivos e dor crônica, direcionam a necessidade de romper com esta dicotomia.

Nessa perspectiva, a associação entre a integralidade e o cuidado em saúde, que vem sendo abordada pelo LAPPIS (Laboratório de Pesquisa sobre Práticas de

Integralidade em Saúde), se torna evidente: Cuidar pressupõe uma ação integral, com práticas eficazes, justamente porque os sujeitos são complexos, e, para cuidá-los, é necessário pressupor a complexidade de sua saúde. Nesse viés, o Cuidado ultrapassa o diagnóstico, os sinais, os sintomas, o tratamento; promove o encontro de uma história (NICÁCIO, 1994), ou melhor, de histórias; tem o norte da saúde singular e da cura singular. Concordamos com Ayres (2004, p. 86) quando afirma que:

Mais que tratar de um objeto, a intervenção técnica se articula verdadeiramente com um cuidar quando o sentido da intervenção passa a ser não apenas o alcance de um estado de saúde visado de antemão, nem somente a aplicação mecânica das tecnologias disponíveis para alcançar este estado, mas o exame da relação entre finalidades e meios, e seu sentido prático para o paciente, conforme um diálogo o mais simétrico possível entre profissional e paciente.

Vínculo, mútua responsabilidade e autonomia nas relações de Cuidado

Sendo relação, o cuidado perpassa interação e envolvimento entre os sujeitos implicados no processo (LACERDA; VALLA, 2005). E, de modo a alcançar os objetivos da *saúde* e da *cura*, deverá promover encontros saudáveis, baseados em trocas respeitadas, acolhedoras e que considerem a solidariedade ao sofrimento e às histórias de vida.

Deve haver uma aproximação entre os cuidadores e os sujeitos cuidados, que pressupõe o reconhecimento e valorização de uma sabedoria prática para a sua articulação com os saberes profissionais. A sabedoria prática está relacionada à experiência dos sujeitos, aos sentidos e valores incorporados de acordo com a vivência, a partir das necessidades cotidianas e dos seus enfrentamentos. (ACIOLI, 2005)

Eis a importância da *mútua responsabilização* entre profissional de saúde e paciente: o primeiro apresenta a *generalidade* da ciência e os sentidos e saberes incorporados em sua experiência profissional e de vida; e o paciente apresenta a *singularidade* da sua existência, os saberes acumulados ao longo de sua vida, sobre si, sua saúde, a sua perspectiva sobre sua própria condição, sua visão de saúde e de mundo – ambos importantes para a construção do projeto terapêutico.

Assim, o cuidado se refere a uma mutualidade, que pressupõe um diálogo para sua concretização, não simplesmente no sentido de transmissão de informações (GUIZARDI; PINHEIRO, 2005), mas principalmente no sentido de troca, compartilhamento, cooperação e aceitação mútua.

Emerge outra questão para dar conta da *singularidade* e da *integralidade* no cuidado: a necessidade do estabelecimento de *vínculo* e o respeito à *autonomia* do paciente. Para compreender como estas questões se inserem enquanto fundamentais, é importante resgatar uma questão mencionada no capítulo anterior: a necessidade de colocar o paciente no centro do projeto terapêutico. E mais, de torná-lo sujeito ativo na construção do seu cuidado. Para justificar esta defesa, é necessário apelar para os princípios éticos e, novamente, para a importância dos *valores* na concepção do Cuidado. Trata-se de reconhecer o sujeito enquanto portador de direitos, direitos esses que não devem ser suplantados pela condição de paciente. O sujeito tem direito à saúde, à atenção de qualidade, de ser bem tratado, de ter acesso a práticas eficazes... Ele tem direito sobre si e sobre seu corpo, desde que seu direito não invada o direito de outrem. Esse reconhecimento de que o paciente não deve ser sujeitado ao poder da instituição médica indica o reconhecimento de sua autonomia; de que a cidadania deve invadir o espaço médico.

Entretanto, como nos faz refletir Camargo Jr. (2005b), a autonomia não pode se confundir com o abandono do paciente. Ao contrário, parte do princípio do “direito de ser” (PINHEIRO; GUIZARDI, 2005, p.21), mas que não está separada da dependência do outro. O ser humano, sendo um ser social, está inserido em redes de dependência. A sua autonomia, portanto, não diz respeito a um processo de autodeterminação, mas de participação ativa nas redes de dependência. Como refere Morin (2005), quanto maior a complexidade de um sistema, maiores as possibilidades de desenvolvimento da autonomia, e mais dependências.

Fazemos a história que nos faz; [...] Dependemos da sociedade, que depende de nós; [...] nós nos coproduzimos mutuamente: os indivíduos fazem a sociedade, que, por meio da cultura, faz os indivíduos. A autonomia da sociedade depende dos indivíduos, cuja autonomia depende da sociedade. (MORIN, 2005, p.288)

Pensando na relação médico-paciente, indica-se o reconhecimento de que o profissional de saúde, na *autonomia* do seu exercício profissional, depende da

colaboração do paciente; e que, além do direito do paciente de participar ativamente da construção do projeto terapêutico, o exercício do cuidado integral e singular *depende* de que a autonomia do paciente seja reconhecida e exercida. A autonomia nesta relação, portanto, remete ao respeito e reconhecimento da importância de ambas as partes no processo (SOARES, 2001). Assim, não se trata da busca de uma autonomia absoluta, mas o estreitamento e fortalecimento das relações entre os sujeitos envolvidos no cuidado. Ou seja, a autonomia se fortaleceria na constituição de vínculos, em processos menos assimétricos e mais democráticos, com o reconhecimento de todas as vozes envolvidas como importantes na constituição do projeto de cuidado, com respeito à pluralidade de valores, sentidos e expectativas. (SOARES; CAMARGO JR., 2007)

Atualmente, reconhece-se que a autonomia do paciente está associada a resultados positivos em diversos tratamentos e na sua adesão (SOARES; CAMARGO JR., 2007). No caso das doenças crônicas, esta associação pode ser bastante contundente, visto que, diante da impossibilidade de cura, o estabelecimento de vínculos e a capacitação do indivíduo para lidar com sua doença cotidianamente se tornam ainda mais prementes. Neste viés, a autonomia no cuidado, além de corroborar para relações menos assimétricas, conjugaria um *autocuidado* que nada tem a ver com a desvinculação médico-paciente, ao contrário, se fortaleceria, e ganharia corpo na mútua colaboração. Nessa linha de raciocínio, quanto mais o paciente assume ações de autocuidado, e quanto mais complexas, maior será a responsabilidade do profissional na orientação e acompanhamento, bem como do próprio paciente na execução dessas ações para seu próprio bem estar.

Algumas das ações de autocuidado estão 'naturalizadas' na relação, como a autoadministração dos medicamentos prescritos. No entanto, a participação no processo de decisão quanto à adoção dessas medicações no tratamento, por exemplo, ainda é um ponto de tensão. Muitas vezes, ao prescrever uma conduta, não se considera o preço, os empecilhos que poderiam gerar, se ele se adéqua à rotina do paciente, se existiriam alternativas melhores. Esse tipo de decisão só pode ser tomada em conjunto, ao considerar o saber do paciente sobre a sua própria história de vida e rotina, bem como avaliando, em cada caso, as capacidades decisórias de cada um. Percebe-se que se passa a exigir do médico, nessa

perspectiva, também um papel pedagógico. No Modelo de Autonomia Intensificada, de Quill e Brody (1996), citados por Soares e Camargo Jr. (2007), destaca-se a dimensão do papel orientador do médico, em que se valoriza o compartilhamento da experiência, do conhecimento, das responsabilidades e das decisões na constituição do Cuidado.

Como apontam Soares e Camargo Jr. (2007), há uma emergência de propostas alternativas na saúde, que levantam a necessidade de resgatar valores democráticos e éticos, bem como a capacidade crítica e a autonomia, fundamentais para a superação da “crise sanitária”. Assim, os sujeitos envolvidos deveriam ter sentimentos valorizados e a democracia, na relação médico-paciente, privilegiada. Entretanto, devemos reconhecer as dificuldades inerentes a essas perspectivas. Como refere Camargo Jr. (2005b), persistem as dúvidas quanto às fronteiras nesta relação, posto a dificuldade de estabelecer o que seriam os abusos de poder médico.

Há que se considerar, ainda, as impossibilidades de exercício da autonomia no Cuidado quando os indivíduos não dispõem de condições sociais para exercê-la, como as questões macroeconômicas que promovem as desigualdades, a injustiça social, as precárias condições de vida e de trabalho, a falta de acesso à educação, etc. Dessa maneira, percebe-se que a autonomia não deve apenas ser um elemento de fomento no cuidado, mas deve ser assumido como política, fundado em mudanças sociais mais amplas. (SOARES; CAMARGO JR., 2007)

ASPECTOS METODOLÓGICOS

Situando a pesquisa e a pesquisadora

O presente estudo é parte integrante da pesquisa intitulada “Análise do processo de adoecimento crônico e do autogerenciamento do cuidado em dor crônica: subsídios à construção do cuidado compartilhado”, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva (CEP/ISC/UFBA). Desenvolvida a partir de uma parceria entre o Instituto de Saúde Coletiva (ISC) e a Faculdade de Medicina (FAMED) da Universidade Federal da Bahia (UFBA), e financiada pelo Edital MCT/CNPq Nº 014/2010, essa pesquisa *guarda-chuva* tem como objetivo geral “analisar o processo de adoecimento crônico e o desenvolvimento do autogerenciamento do cuidado, na perspectiva de pacientes e profissionais de um Ambulatório de Dor (Ambdor)” localizado em um Hospital Universitário do nordeste brasileiro. Dentre outras ações já realizadas, compuseram o material empírico dois grupos focais com profissionais do Ambdor, realizados entre outubro e novembro de 2011, os quais foram utilizados para subsidiar a análise objetivada no presente estudo.

Para atingir o objetivo deste trabalho, adotou-se a abordagem qualitativa, ao passo em que esta discussão requer uma investigação que leve em consideração a profundidade das relações sociais, bem como a incorporação dos significados e intencionalidade dos sujeitos da pesquisa presentes nestas relações (MINAYO, 1999). Envolvendo a análise de interpretações sobre dor crônica e cuidado, inscritas na dimensão sociocultural, o objeto foi delineado no campo das ciências sociais em saúde.

Neste ponto, cabe localizar a pesquisadora na pesquisa. Ao ingressar no mestrado, não era a dor crônica meu objeto de investigação. Todavia, as dificuldades que se apresentavam para o trabalho com a temática proposta no momento da inscrição no curso de pós-graduação apontaram a necessidade de abrir outros caminhos. Assim, tive conhecimento de pesquisas as quais meu orientador é membro, e interessei-me pela dor crônica. Portanto, ingressei em uma pesquisa em andamento, trabalhando com um banco de dados já existente no momento do meu ingresso. Essa situação levou à necessidade de realizar uma imersão no universo

da pesquisa. Nesse sentido, algumas estratégias de familiarização e integração foram previstas, em conjunto com o estudo teórico. A consulta sistemática exaustiva das gravações em áudio e vídeo dos GF contribuiu para o melhor entendimento do produto. Para melhor compreender a dinâmica do serviço e a abordagem à dor crônica, também realizamos um pequeno período de observação no Ambdor entre junho e outubro de 2013. Nestas visitas, interagi livremente com os profissionais do ambulatório, procurando acompanhá-los durante a realização dos diversos serviços e atividades do Ambdor. A distância que mantive dos profissionais dependeu da avaliação realizada em cada situação sobre como deveria me portar. Assim, para definir se eu me manteria mais distante ou mais participativa considerei a abertura dos profissionais e dos pacientes à interação, a natureza das atividades realizadas no momento da observação e as informações que eu gostaria de obter. Não por acaso, meu lugar habitual de observação foi o corredor da área de atendimentos do ambulatório, pois muitas das consultas médicas eram realizadas fora dos consultórios, na pequena sala de espera da área de atendimentos, devido à deficiência de espaço físico. Contudo, após ser autorizada pelos profissionais, pude adentrar na maioria dos consultórios e observar, pelo menos um dia, a realização de consultas médicas, assistência farmacêutica, acupuntura, admissão de psicologia, grupos terapêuticos e administração de bloqueios locais e venosos. Não foi possível realizar observações na quiropraxia, pois coincidiu que, em grande parte do período de observações, o quiropraxista esteve de férias. Deve-se destacar que a observação não foi utilizada como fonte principal de dados, servindo especialmente para melhor compreender as entrelinhas dos discursos apresentados nos GF, mas somente quando identificamos que este aporte não seria comprometido pelo intervalo de tempo entre a realização do GF e a observação.

É importante mencionar que, se por um lado nos interessam os sentidos dos profissionais de saúde, por outro não podemos ignorar uma importante característica comum dos sujeitos da nossa pesquisa: todos eles atuam em uma clínica de dor; mais especificamente, na mesma clínica de dor – ou Ambulatório de Dor (Ambdor). É neste espaço em que se constituem muitas das relações produtoras de saberes e sentidos relacionados com nosso objeto de estudo. Conseqüentemente, acreditamos que seria importante apontar de maneira breve algumas características relevantes

da dinâmica do Ambdor para a melhor compreensão dos resultados que iremos apresentar.

O Ambdor se constituiu como serviço assistencial e de investigação. Vinculado a um hospital universitário, ele se presta tanto à assistência de pessoas com dor crônica, quanto a atividades de ensino e pesquisa na área. Criado em 1996, o Ambdor é referência enquanto serviço público direcionado ao tratamento da dor crônica no estado onde se localiza.

Muitas práticas convencionais e não convencionais já foram disponibilizadas pelo serviço ao longo de sua existência, como fisioterapia, pilates, musicoterapia e RPG (Reeducação Postural Global). Contudo, no período dos GF e também da observação, permaneciam apenas médicos, psicólogos, quiropraxista e farmacêutico, além de práticas de acupuntura. O único fisioterapeuta atuante no serviço já estava em processo de desvinculação com o Ambdor no período da realização do GF, e durante as observações o Ambulatório continuava sem dispor de atendimento fisioterapêutico.

Poucos profissionais do serviço possuem vínculo trabalhista, sendo que boa parte dos cuidadores é de profissionais voluntários, residentes de medicina e estudantes estagiários das diferentes categorias profissionais. Há, portanto, uma grande rotatividade de profissionais, e o número de atuantes afixados ao serviço é inconstante.

Todas as atividades do Ambulatório ocorrem apenas uma vez por semana, nas terças-feiras, pois nos outros dias o local é utilizado para a realização de outros serviços ambulatoriais. O ingresso de pacientes no serviço se dá a partir da triagem realizada apenas uma vez ao ano. Inexiste protocolo de alta, e o paciente com ficha no Ambdor permanece vinculado ao serviço por tempo indeterminado.

Essa situação provoca um “inchaço” no ambulatório, com repercussões para o processo de trabalho. Assim, por exemplo, gera-se aumento do intervalo de tempo entre as consultas médicas e limitação do número sessões por pessoa para realização de procedimentos terapêuticos tais como acupuntura, bloqueio local, bloqueio venoso e quiropraxia.

Os médicos e residentes se direcionam a realização de consultas e bloqueios locais, com grande ênfase na intervenção medicamentosa. Não existe uma vinculação médico-paciente, no sentido da constituição de referência de

atendimento, havendo uma agenda única para consultas médicas, que são distribuídas no dia do atendimento de acordo com a disponibilidade de profissionais.

A psicologia tem um papel especial no acolhimento do paciente e rastreamento de psicopatologias. Realizam, também, grupos terapêuticos com abordagem cognitivo-comportamental, mas estes sem uma periodicidade necessariamente estabelecida. Apenas alguns poucos pacientes participam destas atividades devido a impossibilidades estruturais e de recursos humanos. Pelos mesmos motivos, o Ambulatório de Dor não oferece acompanhamento de psicologia, sendo que os casos identificados que necessitam de atenção em saúde mental são orientados a procurar atendimento em outros serviços. No entanto, relatos deram conta de que a psicologia permanece de “portas abertas” para todos os pacientes do Ambdor caso necessitem.

A assistência farmacêutica é realizada por um único profissional, que se concentra na dispensação de opióides, uma atividade extremamente controlada. Segundo ele, o serviço não dispõe de meios de ampliar o alcance da assistência farmacêutica a outros pacientes do Ambdor, ainda que em determinado momento pacientes com polifarmácia tenham sido abarcados.

Ressalta-se que nem todas as atividades referidas como sendo do Ambdor são realizadas em espaços físicos contíguos. As atividades médicas de consulta e bloqueio local, a assistência farmacêutica e a psicologia localizam-se no ambiente reconhecido como *sede* do Ambulatório de Dor. Mas o bloqueio venoso (sob a responsabilidade de um enfermeiro), a acupuntura e quiropraxia são realizados em outros ambientes – estes dois últimos em andar distinto ao do Ambdor.

Produção e análise de dados

Como já foi dito, os dados principais utilizados neste estudo foram produzidos a partir de Grupos Focais (GF), uma técnica de pesquisa qualitativa que se caracteriza por ter definido um tópico específico que orienta a produção de dados em um grupo selecionado e reunido para promover uma discussão (KITZINGER, 2000). Esta técnica foi adotada partindo-se da premissa de que a interação social em grupos tem grande potencial de influenciar a emergência dos sentidos sobre a experiência profissional e o cuidado (GASKELL, 2002), pressupondo-se que os

sentidos se constituem na relação do ser com o mundo, sendo, portanto, um ato humano mediado socialmente (AGUIAR; OZELLA, 2006).

Apesar de objeções à formação de grupos focais com grupos já existentes, ou de explicitações a dar preferência a participantes que não se conheçam previamente (CARLINI-COTRIM, 1996; LERVOLINO; PELICIONI, 2001; TRAD, 2009), optou-se por realizá-los. Esta escolha se justifica, pois se vislumbrou, através dessa técnica, uma maior possibilidade de observar as relações de poder, consensos e contradições, as representações ideológicas e os valores de maneira mais próxima à forma que ocorrem no cotidiano das relações. Se, por um lado, o fato de todos se conhecerem poderia aumentar o risco de que os participantes não discorressem mais livremente sobre as temáticas, por outro se considerou importante para a adoção dos grupos focais o fato de que as

[...] pessoas em geral precisam ouvir opiniões dos outros antes de formar as suas próprias. E constantemente mudam de posição (ou fundamentam melhor sua posição inicial) quando expostas a discussões em grupo. (CARLINI-COTRIM, 1996, p. 287).

É exatamente essa dinâmica e riqueza de interações – não possibilitada em entrevistas individuais – que foi objetivada através dos GF. Concordamos, portanto, com Gaskell (2002), quando este denota a possibilidade de que os participantes se conheçam ou não para formação do GF.

Foram realizados dois grupos focais diferentes, os quais envolveram 13 profissionais de saúde de diversas áreas, que atuam no Ambulatório de Dor. A divisão dos grupos se deu a partir do critério de tempo atuação no Ambdor. Os profissionais com mais de 5 anos no serviço foram alocados no Grupo Focal 1 (GF1), e aqueles com menos de 5 anos de atuação foram alocados no Grupo Focal 2 (GF2). Dentre os participantes do GF1, estiveram incluídos todos os profissionais que ocupavam cargos de coordenação e posições de liderança no Ambdor. Além de objetivar gerar um ambiente de fala mais confortável para os integrantes dos GF, esse recorte pretendeu possibilitar a identificação de possíveis diferenças de perspectivas entre os profissionais com maior ou menor experiência no ambulatório.

O GF1 foi formado 07 por profissionais, sendo realizado em duas sessões com uma semana de intervalo, uma vez que não foi possível contemplar todos os objetivos traçados em apenas um encontro. Este grupo foi composto por:

- 03 médicos
 - Médico A: fundador do Ambdor; ocupante de cargo de chefia; possui formação em anestesia; direcionado principalmente à aplicação de bloqueio local.
 - Médico B: voluntário; possui formação em ortopedia e acupuntura; responsável pelo serviço de acupuntura.
 - Médico C: iniciou como voluntário, mas adquiriu vínculo trabalhista; formação em nefrologia e acupuntura.
- 02 psicólogos
 - Psicólogo D: ingressou no Ambdor a partir de um estágio não obrigatório durante a graduação e se manteve como voluntário após concluir o curso.
 - Psicólogo E: Participou da criação do Ambdor; possui vínculo com a universidade mantenedora do hospital onde se localiza o Ambdor; ocupa posição de chefia da Psicologia do Ambulatório.
- 01 farmacêutico
 - Farmacêutico F: iniciou exercendo atividade voluntária e se manteve por meio de vínculo como bolsista de uma fundação de fomento à pesquisa e extensão.
- 01 fisioterapeuta
 - Fisioterapeuta G: voluntário, no período da realização do GF preparava-se para se desvincular do Ambdor.

O GF2 foi formado por 6 profissionais, sendo realizado em uma única sessão por ter cumprido com todos os pontos do roteiro traçados para a discussão. Este grupo foi composto por:

- 04 médicos
 - Médico H: voluntário; possui formação em anestesia.
 - Médico I: ingressou no Ambdor para cumprir com a prática do curso de especialização em dor e, após sua conclusão, permaneceu como voluntário do Ambdor.

- Médico J: em curso com a prática da especialização em dor no momento da realização do GF; possui formação em anestesia e acupuntura.
- Médico L: ingressou no Ambdor para cumprir com a prática do curso de especialização e, após sua conclusão, permaneceu como voluntário do Ambdor; possui formação em anestesia.
- 01 enfermeiro
 - Enfermeiro M: profissional vinculado ao hospital, é no alocado no Ambdor às terças-feiras; atua na administração de bloqueio venoso.
- 01 quiropraxista
 - Quiropraxista N: Voluntário.

No período de observação em campo, permaneciam atuando no Ambdor: os médicos A, B e C; os psicólogos D e E; o farmacêutico G; o enfermeiro M e o quiropraxista N.

O roteiro de discussão dos GF se encontra em anexo (A). Para disparar as discussões, foram lidos trechos de duas narrativas de pacientes do ambulatório (Anexo B).

Foram utilizados recursos para a gravação de áudio e vídeo, previamente consensuados entre os integrantes da pesquisa e formalizado por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Em favor do anonimato, os profissionais que participaram desta pesquisa foram identificados por letras não correspondentes à inicial do pré-nome e sem identificação de gênero, havendo apenas a sinalização da categoria profissional a qual pertencem.

Os GF foram mediados por membros da equipe de pesquisa, sendo que a mediadora auxiliar do GF é conhecida pelos sujeitos pesquisados, pois atuou como voluntária no Ambdor até um momento próximo à realização dos grupos, o que pode ter influenciado na formulação dos discursos, tanto no sentido da inibição quanto da comodidade. Um exemplo desta influência foi observado em alguns trechos do GF2, por exemplo, quando os profissionais tentaram incluí-la na discussão e quando fizeram comentários em tom de brincadeira sobre a relação entre a medicina e a psicologia (este último, setor em que a mediadora teria atuado antes da realização

da pesquisa). Esta peculiaridade mereceu atenção durante as análises para a melhor compreensão dos discursos.

A análise de dados foi orientada pelos procedimentos analíticos propostos por Aguiar e Ozella (2006), por entendermos que oferecem importante contribuição aplicável a distintas perspectivas teóricas. No entanto, cabe destacar que a análise dos grupos focais se distingue na medida em que se considera que cada grupo produz um discurso único. Portanto, o discurso de cada grupo foi analisado primeiramente em separado e, em um segundo momento, os dois GF foram analisados comparativamente (TRAD, 2009). Abaixo, detalhamos os momentos da análise, adaptados a partir Aguiar e Ozella (2006):

1. No primeiro momento, foram realizadas análises específicas, cada grupo em separado, a partir das seguintes indicações:
 - a. Leituras flutuantes e organização do material: Esse momento permitiu a familiarização com o discurso e destacar as primeiras pré-categorias empíricas relevantes para a compreensão dos discursos com o norte dos objetivos da pesquisa.
 - b. Leituras aprofundadas: Permitiu realizar um processo de aglutinação das pré-categorias, considerando os critérios de semelhança, complementaridade e contraposição. A partir da aglutinação das pré-categorias, criamos as categorias, relacionadas aos seus conteúdos temáticos que lhes dão significado. As categorias, então, foram ilustradas a partir de trechos dos discursos.
 - c. Construção dos núcleos de significação: iniciamos com o processo de articulação das categorias, resultando os núcleos de significação, sob os mesmos critérios de semelhança, complementaridade e contraposição.

2. No segundo momento, realizamos uma análise comparativa entre os GF:

- a. Iniciamos um processo de articulação intranúcleo e internúcleo, explicitando semelhanças e contradições.
- b. Analisamos núcleos à luz do contexto socio-histórico e da teoria por meio da mediação do referencial teórico.

Breve nota teórica: situando a análise

A compreensão das questões relacionadas à temática da dor e do cuidado da dor torna imprescindível considerar as interações sociais no processo de constituição dos sentidos a partir da experiência vivida pelos indivíduos. Ainda que a dor seja um fenômeno iminentemente subjetivo e não mensurável, seus sentidos se constituem de modo dinâmico, na relação do sujeito com o mundo. Isso significa dizer que existe uma dimensão social da dor, o que não anula a singularidade da sua experiência, de elementos de sua expressão e dos significados a ela atribuídos em cada contexto ou caso específico.

Torna-se importante considerar o caráter sociocultural e o caráter experiencial da dor crônica, intrinsecamente relacionados aos significados a ela atribuídos.

O que se procura atentar é que considerar a subjetividade como uma construção estritamente pessoal, psicológica, significa ignorar o imbricamento da esfera social na constituição das subjetividades. Mais ainda, que nossas subjetividades são moldadas socialmente. Ao mesmo tempo, não podemos ignorar a multiplicidade das subjetividades, o que nos faz remeter ao caráter singular da experiência vivida. Independentemente do compartilhamento da vivência em um determinado meio social, a trajetória de vida de cada um é diferenciada. Portanto, as perspectivas assumidas, os recursos interpretativos que se adquire e as influências de aspectos dessa realidade social sobre os indivíduos também são diferenciadas.

É sobre esse caráter constitutivo da produção dos sentidos, em especial que nos dê subsídios para analisar os GF, que pretendemos discutir nesse tópico. Para isso, julgamos que tanto a perspectiva sociocultural quanto a discussão sobre os aspectos mais singulares dessa produção são relevantes para a compreensão dos caminhos que adotamos para a nossa pesquisa.

Como ponto de partida, consideramos que Geertz (2008) traz algumas importantes contribuições. Inicialmente porque Geertz tentou tornar o conceito de

Cultura mais útil à pesquisa antropológica, menos amplo, contrariamente ao genérico “todo mais complexo” de Taylor, uma das primeiras tentativas de estruturação do conceito de Cultura (LARAIA, 2001). Baseado na sociologia weberiana, Geertz (2008) considera a Cultura um emaranhado de sentidos produzidos cotidianamente pelos seres humanos em seu processo de interação social, permitindo a interpretação dos acontecimentos sociais e servindo como um guia de convivência. Ele faz a analogia de que a Cultura seria como um texto (ou textos) lido(s) pelos sujeitos de forma a interpretar os fenômenos sociais. Para Geertz, os ‘nativos’, ou seja, os sujeitos que compartilham de uma mesma Cultura, fariam uma interpretação em primeira mão, e o antropólogo, alguém de fora da Cultura, ao imergir no contexto cultural faria uma interpretação da interpretação.

Da elaboração de Geertz, nos valem da noção de que a produção de sentidos se dá por meio de processos interpretativos. No entanto, esse pressuposto requer a consideração de que qualquer interpretação impõe uma leitura de segunda mão. Em outras palavras, os sentidos não são findos em si, nem transmitidos integralmente. Assim, admitimos que o processo comunicativo, verbal ou não, não garante a integralidade do compartilhamento dos sentidos, a não ser a possibilidade de um partilhamento em certo nível, o que também não significa que seja consensual.

Desta maneira, entendemos que nem mesmo os “nativos” de Geertz poderiam realizar interpretações de primeira mão, já que os sentidos não pertencem a um indivíduo ou grupo. Eles escapam, transitam na interação social; não estão fechados, conclusos, ao contrário, agregam ou perdem elementos, transmutam a cada interação, nunca são exatamente os mesmos ao serem (re)transmitidos. Ao interpretarem as “formas simbólicas”, os sujeitos constituem-se enquanto partícipes de um processo permanente e contínuo de (re)constituição dos sentidos e significados (THOMPSON, 2002).

Assim, como poderia a Cultura (sendo uma teia de sentidos) ser pública se a interpretação (da qual depende a produção de sentidos) não o é? Neste viés, Thompson (2002) e Fisher (1985) realizam importantes críticas ao apontar que Geertz se atem ao **sentido** e não aos **sentidos** produzidos na interação social. Eles argumentam que, estando os sujeitos diferentemente posicionados na sociedade, produziriam diferentes sentidos. Ademais, estando os indivíduos situados em

contextos socio-históricos específicos, possuiriam também distintos recursos e habilidade no processo de interpretação das formas simbólicas. Dessa forma, uma ação poderia ser interpretada de maneiras distintas a depender do interprete, o que inclui a consideração da sua posição no jogo social, dos recursos interpretativos de que dispõe, bem como do cenário em que o indivíduo está inserido, em que o fenômeno cultural se apresenta. Outro elemento preponderante é que, para esses autores, não apenas existem diferentes posições no jogo social, mas também essas posições imbricam relações assimétricas. Sobre esta questão, diferentemente de Geertz, que envereda, ainda que implicitamente, pelo caminho do consenso, para Fischer e Thompson, os fenômenos socioculturais (e, portanto, a produção de sentidos) estão imbricados em interações conflituosas e relações de poder.

[...] os indivíduos mantêm diferentes posições na sociedade, diferentes percepções, interesses, papéis, e de suas negociações e conflitos surge um universo social-plural no qual podem coexistir e competir muitos pontos de vista opostos. (FISCHER, 1985, p. 57)

Seriam, portanto, os fenômenos culturais expressões das relações de poder, podendo servir para manter ou interromper estas relações, prestando-se, por seu caráter conflitivo, a interpretações plurais e, por vezes, divergentes (THOMPSON, 2002).

Diante destas questões, podemos sugerir que o poder cumpre com a função de conformar as diferentes posições – na verdade, as assimetrias nas relações – ao passo em que também *negocia* os sentidos. Haveria disputas incorrendo na produção e reprodução dos sentidos para que certas “verdades” viessem a prevalecer, o que significa que elas se estabeleceriam não sob simples consenso, mas mediante conflitos e sujeições, havendo ou não resistência (FOUCAULT, 1979). Recorrendo à linha foucaultiana, podemos indicar que essas “verdades” vêm a corroborar com processos de sujeição para a constituição, manutenção ou suplantação de dado interesse. Assim, as diferentes posições sociais são constituídas e legitimadas socioculturalmente. Ou seja, antes mesmo de remeter às diferentes formas de conceber e expressar a dor entre homens e mulheres a partir das posições de ser homem e de ser mulher, por exemplo, é necessário atentar que os sentidos de ser homem e ser mulher, e, portanto, o que socialmente se espera de (e se atribui a) homens e mulheres, é historicamente construído mediante relações

de poder. Neste sentido, o que vem a ser indicado enquanto nível *público* da produção de sentidos – a Cultura – poderia ser entendido, sob esta perspectiva, como as *verdades* que são assumidas e reproduzidas nas relações de poder.

As perspectivas de Thompson e Fisher – especialmente em conjunto com as contribuições de Foucault sobre as categorias “Poder” e “Verdade” – vêm a contribuir no sentido da identificação da possibilidade de incluir a reflexão de que as posições sociais proporcionam diferentes visões na sociedade, concorrentes entre si e constituídas assimetricamente por meio de relações de poder. No entanto, parece-me que esta perspectiva peca pela falta de uma delimitação mais clara das fronteiras dessa pluralidade. Assim, cabem algumas ponderações.

Um caminho inicial razoável é assumir que sempre partimos de um referencial social para construir as interpretações. Por um lado, dispomos de diferentes recursos interpretativos em decorrência das diferentes experiências proporcionadas pelas diferentes posições sociais. Isto aponta uma dimensão singular do processo interpretativo, já que indivíduos diferentes jamais poderão vivenciar exatamente as mesmas experiências sob as mesmas perspectivas. Mas, por outro lado, devemos considerar que o processo interpretativo está imerso no pressuposto da existência de formas definidas e pré-definidas de situação, organização e cosmovisão social, as quais constituem referências para nos localizarmos e sermos localizados socialmente. Tomando as palavras de Peter Berger (1986, p.98):

Como Alfred Schuetz observou, isto significa que cada situação social em que nos encontramos não só é definida por nossos contemporâneos, como ainda pré-definida por nossos predecessores.

Os recursos de que dispomos para lançar o olhar sobre o mundo e dar sentido a ele (e a nós próprios), *adquirimos* na interação com o mundo. Ao mesmo tempo, a vivência em sociedade direciona a criação e definição regras, normas e, desta forma, expectativas sociais, que atendem a determinados interesses e coadunam com um jogo social de relações de poder.

Os sujeitos se formam a partir de processos de localização social. Mais ainda, a “localização informa a um indivíduo aquilo que ele pode fazer e o que pode esperar da vida”. Ou seja, o sujeito forma o *eu* a partir de configurações sociais, identificando-se em processos de aproximação e diferenciação. Mais do que a formação de consensos ou de coesão, trata-se de processos de enquadramento. A

sociedade cria regras e normas sociais e, no processo de socialização, os indivíduos se localizam e são localizados a partir do acionamento de determinados quadros de referência. Isto não significa que não possam existir discordâncias e conflitos: pelo contrário, eles existem especialmente quando, em uma situação, as regras do jogo não estão claras ou os mecanismos de controle não são eficazes. Mas, em geral, as pessoas pouco questionam ou agem para realizar transformações profundas no que lhes foi imposto socialmente. As pessoas tendem a procurar a aceitação da sociedade e, portanto, procuram não frustrar as expectativas sociais, o que poderia lhes impor diversas sanções. E, mesmo as pessoas que questionam, não o fazem em todas as esferas da vida. (BERGER, 1986, p.79)

Quanto às *posições* sociais, creio que seria importante relacionar a ideia de *papeis* sociais. Isto significa dizer que, a depender da situação e dos diferentes sujeitos envolvidos em uma interação, com suas diferentes posições sociais, existe um conjunto de expectativas em torno de seu desempenho. O papel seria a “resposta tipificada a uma expectativa tipificada” que funciona como um script para a ação do indivíduo na situação. É o papel que estabelece as posições na interação e as linhas gerais do que se espera de cada parte em determinada situação. Em consonância com as diferentes situações, os sujeitos apresentam diferentes papéis, em geral, com contornos mais ou menos definidos socialmente. (BERGER, 1986, p.107; GOFFMAN, 2001) Por exemplo, o papel de paciente, o papel de médico, o papel de cuidador, o papel de estudante, o papel de professor, o papel de mãe, o papel de filho, etc. Cada situação requer o desempenho de um determinado papel, ainda que uma mesma pessoa possa representar (e represente) diferentes papéis em diferentes situações.

De acordo com Goffman, em geral, cada papel requisita determinadas características de “aparência” e “maneira” para atender às expectativas sociais, que informam à audiência o *status* social do ator, definem a situação e, portanto, posicionam a pessoa na interação. A estas características podemos aludir o conceito de “fachada”, de Goffman (2001). Nas palavras do autor, a “fachada” é a

[...] parte de desempenho do indivíduo que funciona regularmente de forma geral e fixa **com o fim de definir a situação** para os que observam a apresentação. Fachada, portanto, é o equipamento expressivo de tipo padronizado intencional ou conscientemente empregado pelo indivíduo durante sua representação. [...] aqueles [elementos] que de modo mais íntimo **identificamos como o próprio ator**, e que naturalmente esperamos que sigam onde quer que vá. (GOFFMAN, 2001; *grifo meu*)

Desta forma, de um doente “clássico” se aceita e até mesmo espera-se expressões de sua debilidade orgânica como sinal da doença – e, em muitos casos, como sinal da veracidade da sua condição. No entanto, apesar da condição de doença, pode não ser adequado a um empregado se *apresentar* em seu ambiente de trabalho da mesma forma que se *apresentaria* em um centro de saúde – o que poderia repercutir sanções. Em um centro de saúde, o doente assume o papel de doente, de paciente, mas em seu local de trabalho, ainda que esteja doente, seu papel principal é de empregado. O que não exclui a possibilidade de acontecerem adequações no desempenho do papel, moduladas pelas condições de interação. Em outras palavras, espera-se que a apresentação de si seja coerente com o seu *status*.

Em suma, uma mesma pessoa possui diferentes papéis, e é requisitado deste ator social que realize adequações de papeis e de fachadas às diferentes situações, em uma relação dinâmica e recíproca entre os participantes da situação.

Com isso, é necessário destacar que existe, em geral, uma margem de variação nas possibilidades de comportamento social. Assumimos, aqui, que esta margem está relacionada com a forma de manipulação dos sentidos (ou seja, com o processo interpretativo), que é modulada tanto pela rigidez ou flexibilidade com que algo é tomado como *verdade* (o grau de definição da situação ou do construto teórico), quanto pelas características e recursos interpretativos adquiridos pelo sujeito que o possibilitam ou não se adequar à situação, bem como refletir e questionar determinada configuração social ou ideia. Além disso, como refere Berger (1986), os sentidos e significados comumente aceitos na sociedade não possuem onipotência em sua capacidade de coerção e coesão social, o que aponta algumas possibilidades de fuga dos determinismos.

Vale ressaltar ainda, como sinaliza Haguette (2010) ao recorrer à Mead e Blumer, que o comportamento social não é uma simples resposta reativa e padronizada. A ação é constituída através da manipulação e modificação de sentidos por meio de processos de interpretação da situação, o que significa dizer que não se trata de “uma aplicação sistemática de sentidos já estabelecidos” (Haguette, 2010, p. 35). Neste sentido, consideramos que a interação social permite a ocorrência de constantes ressignificações que, ainda que não apontem para transformações profundas em curto prazo, abrem certa margem de variação de

sentidos em decorrência da dimensão singular (mas também socialmente construída) no processo interpretativo.

Resumindo, as regras do jogo social estão definidas pré-definidas e são, em geral, aceitas pelos atores sociais. Mas estas regras são reinterpretadas e resignificadas a cada interação. E, a depender do grau de definição da situação ou ideia, existem diferentes margens de variação das interpretações e das ações. E, mais excepcionalmente, existe a possibilidade de questionar as regras do jogo, falsear, bular ou criar formas de alheamento – ainda que, de acordo com Berger (1986), estas possibilidades sejam pouco comuns.

O caráter interpretativo da produção de sentidos, as influências nesta produção das diferentes relações estabelecidas pelos sujeitos em função das diferentes posições e papéis sociais, e o imbricamento das relações de poder na constituição das posições, dos papéis e na *negociação* de sentidos, expõe a importância tanto de considerar o aspecto social e coletivo quanto de localizar os sujeitos nas análises.

Não é possível considerar a subjetividade de um espaço social desvinculada da subjetividade dos indivíduos que a constituem; do mesmo modo, não é possível compreender a constituição da subjetividade individual sem considerar a subjetividade dos espaços sociais que contribuem para a sua produção. (MARTÍNEZ, 2005, p.20)

Diante disso, admitimos que há uma inter-relação entre o *social* e o *individual* na constituição dos sentidos, que opera e é operado por meio da experiência. No entanto, não se trata de mera internalização do meio social, mas uma “nova produção que acontece como resultado das múltiplas e simultâneas consequências do *viver* do homem” na qual “suas próprias ações são fontes dos processos de subjetivação que se configuram na sua experiência” (MORI; REY, 2012, p. 142).

Assim, profissionais que atuam numa mesma Clínica de Dor, mesmo que *partilhem* de uma cultura organizacional, e vivenciem experiências de cuidado em dor crônica, provavelmente não atribuirão significados estritamente homogêneos para o cuidado e para a dor crônica, ainda que provavelmente venham a seguir uma linha de orientação mais ou menos comum para a construção das suas ações. A questão é que esta *cultura da organização* não é um sistema fechado, nem é um estabelecido estático e consensual. Há disputas de sentidos que incorrem em *verdades* assumidas, formalmente ou não, e que configuram uma subjetividade

(re)produzida pelos indivíduos, o que poderíamos aludir às representações sociais. Mas cada um dos indivíduos organiza estes sentidos de maneira singular, atribuindo-os às experiências novas a partir da subjetividade constituída em decorrência de suas experiências anteriores significadas e ressignificadas. Em outras palavras, considerar que os sujeitos de uma organização compartilham os mesmos sentidos seria

[...] exigir que negassem suas trajetórias particulares, seus panos de fundo culturais, para efetuar uma interpretação orientada para a mesma direção. [...] Em outras palavras, as representações que os dirigentes constroem sobre a organização são reelaboradas, ressignificadas, ressimbolizadas pelos diversos atores sociais. (JAIME JR., 2002, p. 81)

Esta discussão se justifica diante da necessidade de delimitar os horizontes dessa pesquisa e sanar as possíveis dúvidas quanto aos caminhos conceituais e metodológicos que trilhamos. Na medida em que se pretende “analisar os sentidos atribuídos por profissionais de saúde de um Ambulatório de Dor (Ambdor) à dor crônica e ao cuidado em dor crônica”, e que o meio principal adotado para a produção de dados foi o grupo focal, muitas dúvidas metodológicas podem emergir. Esclarece-se que assumimos o pressuposto de que a produção de conhecimentos é dialógica e interativa (GONZÁLEZ REY, 2005) porque os sentidos se produzem na relação consigo mesmo e com o mundo. Desta forma, foi considerado fundamental empreender um processo interpretativo com uma metodologia que permitisse a melhor visualização deste processo interacional, das contradições e consensos, das relações de poder na emergência destes sentidos, especialmente no que diz respeito a um espaço em que as contradições e lacunas da doutrina biomédica são expostas em função dos desafios impostos pela dor crônica. Esclarecemos, contudo, que

A apreensão dos sentidos não significa apreendemos uma resposta única, coerente, absolutamente definida, completa, mas expressões do sujeito muitas vezes contraditórias, parciais, que nos apresentam indicadores das formas de ser do sujeito, de processos vividos por ele. (AGUIAR; OZELLA, 2006, p. 228).

Assim, vale enfatizar que não se pretende incitar a realização de relações diretas entre os sentidos dos profissionais e sua prática cotidiana, muito menos apresentar *verdades* – algo que incorreria na superficialidade e incoerência. Ao nos lançar nesta empreitada, não fazemos mais do que nos empenhar em fornecer uma

interpretação sistemática, alinhada aos pressupostos teórico-metodológicos que nos esforçamos para explicitar. Porém, não podemos desprezar o tipo de análise que realizaremos aqui como algo válido: se os discursos não correspondem diretamente ao cotidiano, não quer dizer que inexista correspondência em algum nível. Além disso, acreditamos que o material aqui produzido pode subsidiar a construção de processos relevantes de reflexão sobre o saber e as relações de cuidado.

EM BUSCA DE SENTIDOS PARA A DOR CRÔNICA

GF1- Médico A: Então, essa abundancia de coisas faz com que a dor realmente seja uma coisa complexa e que se expresse de forma complexa também. Então é natural que a gente não consiga tratar uma coisa que a gente não entende direito.

Apesar de a dor ser um fenômeno universal e possuir um significado coletivo amplamente aceito como um alerta orgânico de perigo, a cronicidade da dor tem se revelado extremamente complexa, expressa pelos múltiplos e, por vezes, contraditórios olhares presentes tanto na literatura científica quanto cotidiano da Clínica (JACKSON, 2005). Como iremos discorrer em seguida, os resultados desta pesquisa também apontaram a existência de alguns sentidos ambíguos para a dor crônica.

Nos GF, a caracterização da dor crônica foi realizada pelos profissionais com uma linguagem bastante acessível, sem o uso de explicações mais aprofundadas sobre os mecanismos fisiopatológicos ou a utilização massiva de termos técnicos. Ainda que em diversos momentos resultados de artigos científicos tenham sido citados para dar aporte aos discursos, notamos que a maior parte das falas foi conduzida a partir de reflexões sobre a experiência cotidiana de cuidado em dor crônica.

No GF1, médicos aludiram a dor crônica como: uma “**falha** no sistema inibitório” do sistema nervoso central; como uma reparação “**errada**” da lesão (GF1- Médico B); como “**algo**” que se mantém de forma independente do “fator desencadeante” (GF1- Médico C); como uma dor “**camuflada**” que possui processos fisiopatológicos desconhecidos (GF1- Médico A); e como resultado de **lesão potencial ou real** (GF1- Médico B), com referência à IASP. No GF2, esse tipo de menção foi menos comum, mas a dor crônica após cirurgia e após picadas de mosquito foi aludida como “**reação**” e, quando um médico relatou como explicaria o quadro para o paciente, emergiu o sentido da dor crônica como resultado de nervos que se comportariam “**de forma louca**”.

As noções de *falha*, *erro* e *reação* identificadas remetem que a dor crônica se estabeleceria em função de algo intrínseco ao organismo do paciente que se comporta de maneira anormal, o que promove um distanciando da noção soberania

do agente externo na produção do adoecimento, e aproxima as ideias de *desequilíbrio* e da configuração de um resultado inesperado, ou seja, fora dos padrões de normalidade. A ideia de que a dor crônica é uma dor que se mantém de forma *independente* ao fator que a desencadeia remete à noção de insubordinação constatada por Lima e Trad (2008). A ideia de insubordinação da dor foi presente nos dois grupos, já que a dor crônica escapa ao controle dos pacientes e profissionais, além de desafiar as lógicas da medicina e das representações dos indivíduos, acabando por permeá-los numa esfera conflituosa do ponto de vista psíquico, relacional, social e paradigmático.

Nos dois GF, a dor crônica foi frequentemente caracterizada como um objeto **indefinido**, geralmente **invisível** e **incurável**, e potencialmente **limitante** e **incapacitante**, apresentando prognóstico **incerto**. O sentido de **complexidade** foi comumente utilizado pelos profissionais, sobretudo no GF1, remetendo à dificuldade de compreender e lidar com os múltiplos elementos que envolvem esta condição e sua abordagem, como a presença frequente de comorbidades crônicas, a influência plural do fator psicoemocional, as peculiaridades do cuidado ao doente idoso (bastante comum em dor crônica), os limites das terapêuticas existentes, o caráter oculto ou “camuflado” da doença e as dificuldades inerentes à relação entre profissionais e pacientes de dor crônica.

GF1- Médico A: [...] Então, eu acho que o médico vive essa frustração de passear por respostas inóspitas, assim... E o paciente vive esse drama entre não aceitar que tem a doença crônica, como outra qualquer, como a hipertensão, como o diabetes, como a... Porque ele não palpa isso, porque a pressão quando tá alta, tá alta; glicemia quando tá alta, tá alta...

GF1- Médico C: Aparece no exame...

As falas convergem para o entendimento de que a persistência da dor e a frequente ausência de explicações médicas são características proeminentes desta condição. Contudo, há diferentes acepções sobre os possíveis fatores associados, a presença ou ausência de dano tecidual e a participação de dimensões que escapam a questão biológica no adoecimento em dor crônica. Parece haver algumas concepções mais aceitáveis ou esperadas pelo grupo, como discutiremos no decorrer da apresentação dos resultados. Mas, no geral, o reconhecimento de que a dor crônica é fonte de sofrimento para os pacientes, e que provoca importantes

consequências sociais, parece não ser questionado. As reflexões sobre a dificuldade desta experiência para profissionais e pacientes permearam os discursos.

A partir das análises, é possível sugerir que as nebulosidades em torno da dor crônica podem ser tomadas como referencial informal para seu enquadramento. Encontramos indicativos de que a classificação de uma condição como sendo *dor crônica* pode conter noções atreladas a sua associação com a ausência de causas aparentes e de explicação médica, convergindo com a literatura (BESSET, 2010; CAMPI *et al*, 2013; LAGO-RIZZARDI; TEIXEIRA; SIQUEIRA, 2010; LIMA; CARVALHO, 2008 etc.).

GF1- Médico C: [...] o desejo dela é que, provavelmente, eu pediria um outro exame... Que as outras pessoas, **já que todos os exames dela tinham dado normal**, as outras pessoas não foram... [...] Eu falei: “Não, eu não vou pedir mais nenhum exame. Eu vou dizer pra ela o que é ela tem. Mostrar pra ela o que é, conversar e... vamos tratar”. [...] Porque eu me senti que tinha amparo diante dos recursos diagnósticos, que ela tinha feito todos [os exames], pra dizer que ela tinha um quadro de dor neuropática, porque ela fez dor após colecistectomia. **Depois da cirurgia, ela começou a fazer dor**. E ela fez aquela cirurgia tradicional, aberta. Entendeu? E aí, pra mim o caso tava encerrado porque ela já tinha toda a investigação para outras possibilidades para justificar esse quadro de dor nessa localização.

GF2- Médico H: E como é que eu vou entender isso, né? Como é que você vai explicar ao paciente que ele tem uma doença **que não tem nenhum exame que comprove**, que não tem nenhum lugar que diga que é aqui que dói. Isso aqui que dói...

O trecho acima, em que um médico do GF1 relata o caminho para estabelecer um diagnóstico, aponta que os exames com resultados *normais* foram utilizados como forma de excluir outros diagnósticos, e a **história** de dor da paciente após uma cirurgia foi tomada como base para a definição de que se tratava de um quadro de dor crônica pós-cirúrgica. Assim, a aparente ausência de anormalidades detectáveis por meio de exames poderia ser considerada uma característica atribuída à condição e, portanto, um norte diagnóstico. Porém, no trecho seguinte, do GF2, é possível identificar que a **invisibilidade** da dor crônica cria desconfortos. A inexistência de um marcador ou sinal visível que demonstre a existência de anormalidades confronta representações comuns da dor como indicador de dano, e da doença como algo objetivável, inviabilizando a localização da patologia em um sítio anatômico.

Não obstante a relevante associação entre dor crônica e a *ausência de causas aparentes*, sobretudo no GF1, os profissionais dos dois GF apresentaram concepções consonantes com o reconhecimento de que diversos fatores se relacionam com surgimento, manutenção e agravamento da dor crônica. Para isso, se apoiam tanto em suas experiências clínicas quanto na literatura científica. Além de elementos mais relacionados com a perspectiva biologicista, foram apresentados alguns fatores que ultrapassam a dimensão física e a noção de causalidade linear biomédica, como a participação das dimensões psicoemocional e sociocultural na produção do adoecimento. Em consonância com essa visão, comumente a dor crônica é referenciada como um fenômeno multifatorial, em que participam elementos biológicos, psicoemocionais, comportamentais, socioculturais e ambientais (PIMENTA, 2001; PEREIRA; RABELO, 2003; DELLAROZA; PIMENTA; MATSU, 2007; LAGO-RIZZARDI; TEIXEIRA; SIQUEIRA, 2010; DELLAROZA; PIMENTA, 2012; GARCIA; VIEIRA; GARCIA, 2013 etc.).

A ideia da interferência de fatores psicoemocionais como elemento modulador, como causa e como consequência da dor crônica foi explicitada por profissionais dos dois GF. Portanto, a participação desses fatores não se restringe à explicação etiológica, mas avança na própria história clínica da dor, envolvendo aspectos específicos da subjetividade das pessoas afetadas. Nesse sentido, pode-se inferir que os discursos procuram incluir noções de imbricamento entre o físico e o psíquico.

Em outra pesquisa que contemplou o Ambulatório de Dor deste estudo, identificou-se que os profissionais conceberiam o fator psicológico como modulador e não como produtor da dor, porém, quando a ocorrência da dor fosse concomitante a uma doença psicológica, como a depressão, a dor passaria a ser vista como "ao lado da depressão" ou a "mesma coisa" (LIMA; TRAD, 2011). Neste estudo, contudo, observamos que fatores psicoemocionais podem ser considerados pelos profissionais tanto fatores de influência, quanto as próprias *causas* da dor.

GF2- Médico J: Eu nunca ouvi que o problema é emocional. Nunca ouvi dizer: "Ah, eu tô com isso porque eu briguei com meu marido". [...] "Eu tô com isso porque eu tô infeliz, eu...". Eu nunca ouvi... Espontaneamente...

GF2- Médico H: Você **tem que cavucar** pra chegar a ouvir isso.

GF2- Médico I: Teve uma paciente que eu atendi ela... eu atendi ela uma vez. Ela tava com uma fascíte plantar, tratei, melhorou. Ai, depois ela voltou e tava com uma dor miofacial, dor... cervicalgia, mas era miofacial. É

uma senhora e tal... e a filha tá pra casar. Aí, palpei, tal, o exame físico tudo normal... Eu cheguei pra ela e perguntei: “Como é que tá em casa? E tal, não sei o que...” A senhora mora com quem? Sua filha está com quantos anos? E, como é que tá?”. “Não, ela tá pra casar”. “Tá pra mudar, tá pra sair de casa já, né?”. Aí, ela: “Tá”. “E a senhora está aperreada com isso, né?”. “É, doutor”.

GF2- Médico J: Oh, meu Deus... Chegou no ponto.

GF2- Médico I: Aí, cheguei no ponto. Aí, ela: “É, doutor, o senhor é bom mesmo, o senhor descobre as coisas”. (risos) [...] Eu vou lhe passar pra você ir na psicoterapia que vai ficar melhor, não se preocupe com isso não. Se a senhora ainda fica malzinha, aí depois eu passo antidepressivo, qualquer coisa. Mas fique sossegada que isso é normal”. Aí, ela ficou sossegada e tal... Conversando resolveu.

GF2- Médico J: Mas... E essa coisa emocional de ser a causa de dor... Eu, até pouco tempo, eu não acreditava nisso não.

[...]

GF2- Médico H: Ela pode ter um início físico, somente físico, mas ela fatalmente vai se complementar com o emocional. Ou ela pode ter um início emocional e se tornar físico. Pode ser de lá pra cá, ou de cá pra lá.

Nota-se a ocorrência de reposicionamentos discursivos do lugar dos aspectos psíquicos e, conseqüentemente, da subjetividade no que se refere às relações de cuidado, que – de elementos de *interferência na avaliação* (CAMARGO JR., 2005) – passariam a compor o quadro clínico, sendo considerados partícipes do adoecimento. Desta maneira, a investigação clínica agregaria outros itens da história do paciente, em que aspectos psicoemocionais, sociais e afetivos forneceriam importantes informações para a compreensão do quadro, auxiliando no direcionamento da conduta a ser adotada.

Uma ideia que nos chamou a atenção foi que, no GF2, alguns profissionais médicos distinguiram “dor física” e “dor emocional”, sendo que esta última estaria relacionada aos sentimentos e emoções sofríveis que se misturam à “dor física” na condição de cronicidade da dor. Esta representação parece indicar que há o reconhecimento de que o impacto da dor crônica sobre a vida dos sujeitos acometidos gera uma experiência de sofrimento, não apenas físico, mas também emocional.

GF2- Médico L: [O paciente] Teve múltiplas fraturas e lesão plexo-braquial. Aí, eu fui examinar o paciente. [...] Quando o paciente tirou a tipóia, o braço fez assim [faz gesto de soltar o braço]. “Doutora, eu não consigo fazer nada nesse braço, não tenho força no ombro”. “Não tem força?”. “Não, não tem força não”. A mão toda atrofiada. Na hora que ele soltou [o braço], ele começou a chorar. E eu, sabe quando você fica naquela situação? Quer dizer, ele tem uma **dor física, o braço dele tá doendo**. [...] Mas, naquele

momento, que ele viu o braço dele cair, que ele chorou, **a dor emocional é muito maior**. Então, difícil, é misturado.

Destacamos, ainda, dois trechos que consideramos importantes: no GF2, o Médico J, acupunturista, apresenta uma visão sobre o “*qi mental, a parte emocional das doenças*” para sugerir relações entre a dor crônica e projeções de problemas emocionais; e no GF1, o Médico C refere que, sob uma perspectiva holística, o adoecimento inicia na esfera emocional e progride até chegar ao corpo físico, do mais sutil, para o mais denso – as únicas menções que remeteriam a outras racionalidades médicas.

Convém salientar que, apesar do reconhecimento da importância da dimensão psicoemocional no desenvolvimento da dor crônica e, portanto, em seu manejo, alguns médicos do GF2 argumentaram que há um despreparo para lidar com esse aspecto, que seria pouco valorizado. É necessário ponderar, ainda, que encontramos indicativos nos GF de que este reconhecimento não necessariamente perpassaria um processo de rompimento com noção de dicotomia mente-corpo na atuação clínica.

GF1- Médico A: [...] Cada vez que eu estudo, por exemplo, biologia molecular, mais coisa surge eu fico tonto, assim, com tanta possibilidade em... E tanta impossibilidade, né? **Porque na medida em que você tem muita coisa pra fazer, você acaba não fazendo nada, então você foca num pequeno pedaço, né?** Então... Tem um fenômeno que tem acontecido até comigo... Assim, eu chego aqui no ambulatório, eu entro na **sala de bloqueio**. Eu só quero esse pedaço pra mim, porque ali eu faço, eu bloqueio, faço bloqueio e resolve por um tempo, por uma semana, o paciente volta de novo, passou a semana bem e eu refaço aquilo, e eles ficam na fissura pelo procedimento. Então, tá me dando um certo conforto assim oferecer isso por uma semana, entende?

Esta percepção coaduna com as observações no Ambdor, que apontaram a existência de uma centralização na conduta voltada à intervenção física, principalmente devido a impossibilidades estruturais de oferecer o acompanhamento contínuo da psicologia aos pacientes. No GF1, o médico C reforça esta questão, apontando a existência de limites no serviço no que diz respeito à efetivação de uma abordagem voltada à ressignificação da doença e da história, bem como da mudança comportamental dos pacientes.

GF1- Mediadora auxiliar: [...] Então, assim, quais seriam os objetivos, as metas, características do ambulatório? Diante dessa discussão que vocês estão trazendo...

GF1- Psicóloga E: Pra psicologia? Implicar o sujeito, ressignificar a partir dessa história. Fazer com que eles se responsabilize, fazer ele achar nesse caminho, fazer uma volta, um retrocesso na história e fazer ele localizar nessa bagagem, por que que atvou naquele momento e o significado é tão grande, que paralisou [...]?

[...]

GF1- Médico B: Eu acho que na medicina também. O que a gente faz muito, a gente tem muito no nosso serviço de dor, como um todo, inclusive o nosso serviço fora daqui, e que a gente percebe hoje é que os nossos pacientes se internam menos, que os nossos pacientes tem mais crises álgicas... Não é pelo simples fato da terapêutica dar só resultado, é pelo fato que a gente consegue reeducar esse paciente, ele consegue saber que aquela dor mais aguda, ele vai usar uma outra medicação, que ele vai voltar, que ele vai voltar pra aquele nível de dor suportável que ele consegue viver bem. Eu acho que o papel da medicina é reeducar esse paciente, mais do que tratar...

GF1- Médico C: Agora eu queria falar uma coisa assim... Mas, assim, eu comungo muito com o que [Psicóloga E] falou agora com relação ao olhar do sujeito, ver a questão... Agora, assim, em termos deste ambulatório, a composição, a estruturação, o espaço físico, enfim, tudo. Não nos permite uma abordagem assim... Desse nível, entendeu, Marta? Não nos permite, que era o ideal. Eu acho, assim, como você trabalhou com aqueles grupos, né? Terapia comportamental... Eu achei fantástico, assim...

Todavia, notamos que há um esforço de encaminhamento dos pacientes com maiores necessidades de acompanhamento psicológico para outros serviços de psicologia. Ademais, alguns relatos orais apontaram que há uma tentativa de incorporar os múltiplos saberes das diversas áreas à prática de todos os profissionais, e percebemos uma inclinação a abordagens comumente atribuídas à psicologia, como a incorporação da escuta e da valorização da “educação” e mudança comportamental dos pacientes também pelos profissionais não psicólogos.

Outros elementos foram apontados pelos profissionais na tentativa de expor sentidos que pudessem estabelecer relações de causalidade. No GF1, foi frequente a relação do imbricamento de “**algo**” na história de vida do sujeito com o aparecimento da dor crônica ou que “ativa” a doença, remetendo à indefinição do objeto, à complexidade da questão e à multiplicidade de esferas da vida do paciente que a dor envolve e afeta. Mas o dilema da presença de lesão foi bastante observado: um médico ressalta que a dor crônica é resultado de lesão **potencial ou real**, embasado no conceito de dor da IASP; em outro momento este e um psicólogo concordam, a partir da reflexão sobre casos de pessoas próximas e de pesquisa

científica, que a presença de lesão não necessariamente acarreta dor; além disso, como já foi mencionado, um médico aborda a invisibilidade de alterações como critério diagnóstico, o que sugere a inexistência de dano visível. Outras concepções apresentadas relacionam dor crônica a “**lesão repetitiva**” e a consequências relacionadas a procedimentos cirúrgicos, o que também alude à noção de dano. No GF2, muitas das *causas* apresentadas para a dor crônica se relacionam com a ideia de dano, como traumas, exercício exagerado, trabalho, lesão nervosa, “reação cirúrgica” e “reação à picada de mosquito”.

Foi possível inferir que existe um esforço de não condicionar a dor crônica à presença de lesão, especialmente no GF1, mas coexistem concepções que corroboram para a relação lesão-dor crônica como algo factível nos dois grupos, principalmente no GF2. Estes resultados convergem com elementos observados em diversos artigos brasileiros sobre dor crônica. Não há um consenso entre os autores, ainda que exista a tendência de se assumir que comumente os doentes de dor crônica não apresentem lesões ou que estas não sejam compatíveis com a intensidade da dor relatada ou da incapacidade gerada. A ausência de lesões, a existência de lesões incompatíveis com o quadro sintomatológico apresentado (PARABONI; CARDOSO, 2010; MELO; DA-SILVA, 2012; PIMENTA, 2001) ou a persistência da dor além do tempo esperado para a cura da lesão (DELLAROZA; PIMENTA, 2012; DELLAROZA; PIMENTA; MATSU, 2007; MARTA *et al*, 2010; OLIVEIRA; MORAES; SANTOS, 2013; SALVETTI; PIMENTA, 2007; SOUZA, 2009) são elementos usualmente evocados para caracterizar a dor crônica. Contudo, é importante citar que, em alguns artigos (DELLAROZA; PIMENTA; MATSU, 2007; DELLAROZA; PIMENTA, 2012; RIVIARO; FILIPPIN, 2012), a presença da lesão ou dano tecidual como constituinte geral da dor crônica é uma questão bastante dúbia, deixando em aberto o enquadramento de condições que cursam com queixas de dor crônica quando não é possível identificar uma lesão, já que afirmam que *a lesão tecidual, aspectos emocionais, socioculturais e ambientais* são fatores que compõem a dor crônica. Já outros artigos, realizam relações mais diretas entre dor crônica e dano/lesão tecidual (VLAINICH *et al*, 2010; MINOSSI; MINOSSI; SILVA, 2011; ROCHA *et al*, 2011; SANTOS *et al*; 2011).

Assim, diferentemente de Jackson (2005), não identificamos entre nossos entrevistados uma relação necessária entre dor crônica e a ausência ou a aparente

ausência de dano tecidual. Ao contrário, foram apresentados elementos que apontam a possibilidade de que danos e lesões estejam ou não presentes nas condições que cursam com dor crônica, apenas com diferentes ênfases entre os dois grupos. Afinal, assumindo que todo objeto se constrói discursivamente, compreendemos que a definição das características enquadradas nos termos de *dor crônica* constitui questão em disputa. Aliás, a possibilidade de se assumir a ausência ou presença do dano como constituinte da dor crônica se define na confrontação da objetivação biomédica da doença com a experiência do vivido e a *natureza* controversa da dor crônica. A inexistência de *consensos* reflete também a escassez de conhecimento sobre a questão e a heterogeneidade de condições de saúde que vêm sendo *classificadas* nestes termos. Para os pacientes, tal situação pode repercutir em uma verdadeira “peregrinação” pelos serviços de saúde em busca de diagnóstico e tratamento adequados. Esta busca representa, também, a busca por um sentido para a experiência, e por uma explicação que justifique a condição ao círculo social, tendo em vista que, como afirma Jackson (2005), a dor sem causas físicas potencialmente estigmatizante.

Aqui vale abrir um parêntese e destacar que **alguns** sentidos para dor crônica identificados confluem para noção de *somatização* adotada por Kirmayer e Young (1998). Para estes autores, a somatização designaria uma manifestação física de sofrimento psíquico, com ou sem patologia mental subjacente, que envolve aspectos socioafetivos e culturais, e onde não é possível identificar lesões compatíveis com o quadro sintomatológico apresentado. Também percebemos convergências com o diagnóstico de “transtorno doloroso somatoforme persistente” do CID-10, já que vários profissionais reconhecem que a dor crônica comumente não possui explicações médicas, que frequentemente se associa a conflitos psicossociais, e que os pacientes reivindicam uma maior atenção nos cuidados. Todavia, em nenhum momento o termo *somatização* foi utilizado pelos profissionais, e apenas um profissional (Psicólogo E do GF1) relacionou dor à terminologia “transtorno somatoforme”, de forma bastante sucinta. Sugerimos que esta evasão ao termo “somatização” possa ter relação com o sentido pejorativo que a palavra tenha agregado no senso comum.

Ademais, é importante destacar que o envolvimento de fatores psicoemocionais na determinação da dor crônica não foi apontado pelos

participantes dos GF no sentido de torná-la menos real. Pelo contrário, parece-nos que é nesse ponto que reside uma diferença substancial no enquadramento da dor crônica na Clínica de Dor: independentemente das dimensões que envolve, a dor crônica é assumida como um problema merecedor de cuidados. Assim, sua invisibilidade parece não implicar diretamente uma conotação pejorativa, ainda que acarrete conflitos no processo de legitimação do doente (como discorreremos no capítulo seguinte).

Para nós, ficou latente que a centralidade do conhecimento das causas de doenças na Biomedicina confronta com a incongruência da lógica causa-efeito na abordagem às doenças crônicas. A complexa participação dos diversos fatores e dimensões associados à dor crônica desafia a lógica clínica no cotidiano do cuidado. Afinal, nos pareceu que não somente para os pacientes a identificação das causas é importante: ainda que tenha se observado que vários profissionais, especialmente do GF1, tenham procurado transmitir a ideia de que é o paciente que possui o anseio por saber a causa da dor, as muitas especulações sobre causas e fatores associados ao surgimento da dor crônica nos dois grupos, a repetição da impossibilidade de fornecer essa informação ao paciente de maneira precisa (GF1) e a crença exposta por uma profissional de que os pacientes sempre estão escondendo algo que pode revelar a causa da dor (GF2) apontam que, em alguma medida, existe um desconforto acerca das lacunas frequentes no conhecimento sobre a causalidade.

Nesse viés, ainda que artigos científicos tenham sido bastante referidos nos dois grupos focais de nossa pesquisa, o olhar do profissional assentado na experiência se colocou como elemento preponderante. Além disso, a **história** do paciente demonstrou-se importante para a construção do enquadramento e do diagnóstico mais específico da condição, através da identificação de elementos da trajetória do sujeito que pudessem oferecer pistas para explicar a dor. Diante da dificuldade (e, por vezes, da impossibilidade) de estabelecer causas e compreender os mecanismos fisiopatológicos, diversos elementos *não convencionais* são considerados na construção de uma lógica histórico-causal que possa indicar circunstâncias, inferir causas, excluir outras causas e nomear o fenômeno, servindo ao processo de significação tanto do profissional quanto do paciente.

GF2- Médico H: Pior. Eu tive um paciente lá na [clínica particular] que é a paciente [que] está com a síndrome complexa regional porque três mosquitos *picaram ela*. Ela teve três picadas de mosquito...

Diante de histórias clínicas inusitadas, no GF2 foram apresentadas algumas formulações causais como **reação a picada de mosquito** e **reação cirúrgica**. Estas formulações cumprem com o papel de dar sentido à experiência de adoecimento diante de determinados eventos que poderiam se relacionar com a dor. Mas é possível notar que a “reação”, ao caracterizar o *processo* ou *mecanismo* pelo qual a dor foi estabelecida, acaba por deslocar o foco da etiologia (a cirurgia e a picada de mosquito) ao posicionar o organismo que reage no processo de produção da doença. Assim, a *causalidade* agrega uma conotação diferenciada, na qual a *causa*, a priori entendida como algo que provoca a doença, se aproxima do sentido de *fator associado* ao aparecimento da doença.

Os discursos dos profissionais nos levam a sugerir que os *fatores* constituem sua associação caso a caso, de maneira complexa. Ainda que muitos elementos (ou circunstâncias) tenham uma relação comumente observada com a dor crônica (como o fator socioeconômico educacional e os distúrbios psíquico-afetivos), os pesos e influências de destes elementos se constituiriam em um processo dinâmico e único, entremeado na trajetória vida de cada sujeito de maneira interativa, constante e não dicotômica com o meio biopsicossocial.

GF2- Médico I: Quando é uma coisa que é musculoesquelético, que é mais mecânica, aí o que é que tem por trás? Trabalho, tem por trás acesso a exercício, tem por trás estresse. O camarada pra trabalhar precisa ter tido educação no passado. Ele teve educação? Qual o nível socioeconômico cultural dele? Ele vai ter condições de ser reabilitado? Ele tem uma estrutura familiar pra parar durante seis meses e se reabilitar? [...] Vai poder mudar de função? [...] Tivesse que andar de ônibus, que tem que andar se segurando? Como é que ela ia fazer? Vamos usar o exemplo dela. Sendo médica, isso daí é reversível. É um quadro que a gente reverte, trata, melhora. Agora ela tá tranquila, ela tá zerada. Mas se ela fosse cozinheira? Um atestadozinho de quinze dias. Com quinze dias, ela ia ficar bem. Com quinze dias depois, ela ia ter que ficar mexendo o caldeirão. Imagine, você estar com a cervical com hérnia comprimida aqui e estar com uma dor desgraçada no braço e ter que fazer esse movimento o tempo todo, acordar 5 horas da manhã pra pegar o ônibus de 6 [horas], ficar lá toda apertada, depois colocar um uniformezinho, ficar na beira do fogão quente, mexendo [...] Carregar caldeirão, carregar peso...é um esforço. [...] Está cheio de filho, está cheio de coisa. [...] Quando você está estressado, a primeira coisa é os ombros que vem aqui pra as orelhas, sobe tudo, você fica logo tenso, vai piorar a compressão na cervical. Aí, entra na depressão. Depressão piora a dor. Aí, começa um **ciclo vicioso** todo. Ou seja, toda a **história** do paciente está envolvida. Você tem um ciclo que envolve o emocional que tem... O ciclo **biopsicoemocional** está aí dentro. E a parte financeira pesa muito.

A fala acima, de um dos médicos do GF2, é a que melhor expressa a noção de complexidade, singularidade e, ao mesmo tempo, multiplicidade do adoecimento em dor crônica. No entanto, outros profissionais dos dois grupos relacionam “história de vida” e a dor crônica, sugerindo a existência de particularidades na composição dos processos. Desta forma, a cronicidade contraria a noção de ‘curso natural’, advinda do reducionismo biomédico, devido aos desdobramentos diversos de uma mesma patologia em indivíduos distintos, em função das diferentes circunstâncias que perpassam cada adoecimento, além dos diferentes significados que a experiência assume na vida dos sujeitos (KLEINMAN, 1992).

Para nós, estes sentidos conduzem à reflexão de que há um processo interativo em que sujeitos não estão alienados de escolhas e motivações, mas estão também circunscritos em um jogo social de relações de poder que, de alguma forma, os inscreve em circunstâncias mais ou menos determinantes (mas não necessariamente fatalísticas). Tanto o movimento interno quanto o externo são coparticipes não dicotômicos no processo saúde-doença, sendo que as posições no jogo social e a maneira de lidar consigo mesmo e com o mundo influenciam de formas diversas. No caso das doenças infecciosas, esta dinâmica na produção do adoecimento fica esmaecida, já que o agente etiológico conhecido é focalizado como produtor do adoecimento, o que promove um direcionamento da abordagem terapêutica ainda que outros fatores sejam coparticipes. Todavia, no caso das doenças crônicas parece-nos que esta complexa dinâmica na produção do adoecimento é impelida à consideração diante de um não saber mais objetivo que possibilite inferir relações causais mais diretas. Nesse sentido, por meio da denúncia de que o “agente etiológico” não dá conta da explicação da condição de saúde-doença e de que a objetividade não consegue abarcar a complexidade humana, nos são apresentadas outras possibilidades para agregar elementos diferenciados ao olhar sobre os sujeitos, sobre a doença e sobre o cuidado através da consideração dos aspectos psicoemocionais, dos elementos simbólicos e das influências do meio sociocultural.

GF1- Psicólogo E: Eu acho que [a dor crônica] denuncia tudo, denuncia carência, denuncia a situação socioeconômica...

GF1- Médico B: Acho que o nome certo é “denunciar”...

GF1- Psicólogo E: ... Denuncia desprezo, denuncia o que o [...] sistema de saúde tem feito... O que o sistema de saúde tem feito! [...] É o sujeito que chega dizendo: "Olha, é isso." Está posto, ele não precisa dizer. Tá posto no corpo, na fala, na forma, né? Na sensibilidade... Nessa coisa desse corpo que precisa ser furado, que é furado e que dói, e que quer de novo. Assim, eu acho que está denunciando isso. Me toque, me pegue, me maltrate, mas me pegue, pelo menos eu tô sendo cuidado de alguma forma.

Assim, a dor crônica assume o sentido de **denúncia** ao expor importantes problemas sociais dos quais ela emerge, apontando que a organização social atual não vem dando conta das necessidades dos indivíduos; que o ambiente e o poder no local de trabalho têm gerado efeitos nocivos (KLEINMAN, 1992); que boa parte da sociedade convive com situação socioeconômica e educacional precária, que o sistema de cuidados tem importantes falhas, que o cuidado vem apresentando carências nos aspectos relacional e humano, e que todas essas questões contribuem de uma forma ou de outra para a produção do adoecimento. A *invisibilidade* da dor crônica torna visível diversas carências dos sujeitos e da sociedade, do conhecimento científico e das relações de cuidado.

Questionando algumas verdades da dor

Neste íterim, destacamos que o que parece estar no cerne muitos dos desencontros teóricos são os questionamentos implícitos, velados e insistentes que confrontam os princípios do paradigma biomédico e colocam sob julgamento os critérios (assumidos como *verdades*) para enquadramento de determinadas condições que cursam com dor persistente, e mesmo para o seu enquadramento como doença.

A dor crônica expõe a dificuldade de apreendê-la, devido aos limites do sistema formal de cuidados (biomédico), à multidimensionalidade do processo saúde-doença, além da natureza privada de sua experiência. Há uma exposição constante em decorrência do grande e crescente número de pessoas acometidas, que tem obrigado o reconhecimento de que a condição de sofrimento gerada e suas consequências sociais requerem encarar a dor crônica como um problema *real*. Nesse sentido, esforços têm sido direcionados no sentido de incorporar a dor crônica como problema de saúde, que pode ser exemplificado a partir do aumento de pesquisas científicas sobre a questão e o reconhecimento formal de

determinadas condições que cursam com dor persistente. Mas é no contexto da Clínica de Dor, a partir das formulações de Bonica, que podemos identificar duas importantes formas de expressão deste esforço: a adoção do pressuposto de que “**toda dor é real**”, e o deslocamento da dor crônica de um *status* de sintoma para o *status* de **patologia**.

Todavia, identificamos algumas incongruências nos discursos que nos levam a refletir sobre as formas de assimilação da veracidade da dor, bem como de seu estatuto como patologia.

Sobre a ideia de que “toda dor é real” (expressa na fala de um dos psicólogos do GF1 como um “conceito” do Ambdor), identificamos a existência de dificuldades na sua adoção como referencial, através da presença de diversos discursos relativamente ambíguos.

GF1- Psicólogo E: Por exemplo, um **conceito** que a gente fala tanto no ambulatório, que eu só entendi depois de anos, é que toda dor é real. Eu falava assim: “**Gente, como assim?**”. Era difícil pra mim entender isso, o que aquele sujeito trazia, que a medicina dizia “Não tem sentido, não tem diagnóstico”.

De maneira difusa, a existência de *desproporções* entre o *que é* e o *que deveria ser* foi constantemente relatada, relacionando-se com incoerências entre o quadro apresentado e a dimensão da dor relatada, entre a avaliação do profissional e o que o paciente relata, e entre a terapêutica administrada e os resultados obtidos. Alguns trechos apontam questionamentos da intensidade da dor, que implicitamente parecem configurar um questionamento da própria dor.

GF1- Médico A: [...] muitas vezes a gente fica assim: “Meu Deus, não é possível que seja dor isso!” Né, Marta? A gente faz “não é possível que esse paciente não melhore”. A gente faz um montão de coisa e o paciente não melhora... “Tem que melhorar!” Outro dia infiltrei uma paciente inteira, as costas toda; não podia tocar, ela tava anestesiada! Porque, eu fiz o anestésico local, mesmo assim ela sentia que reagia, eu falei “não é possível [sorriu], não pode ser”.

GF2- Médico I: Tem um que realmente está com dor, tem um que está mais ou menos com dor, e aquele que está com dor aumenta a dor de quem não está com tanta dor assim. Você pergunta, todo paciente você pergunta: “Sua dor está que nota?”. “10, doutor”. Pra você ver... Você sabe que o camarada não está com a dor dez, você viu na semana passada ele tava com o braço assim e hoje ele tá com o braço assim [gesticula apontando ganho de movimento]! Você fez um bloqueio, deu uma ajustada, fez aquilo,

fez uma fisioterapia e ele teve um ganho funcional, você ajustou a droga... Você vê que o aspecto dele está melhor. Ele tá sofrendo, mas ele não tá com aquela mesma dor, ele teve um ganho... Você vê que fisicamente teve alguma melhora. Mas, na avaliação subjetiva dele, ele ainda vai dizer: "Não melhorei nada".

Verificamos, ainda, uma relação indireta entre as *desproporções* e sentidos de responsabilização do paciente quanto ao curso da doença, permitindo a alusão de que, em certo nível, existiria a possibilidade de que o paciente possa exercer controle consciente sobre o adoecimento. Ao passo em que a melhora estaria associada ao desejo de melhorar e à adesão ao tratamento, o insucesso poderia estar relacionado ao desejo de não melhorar por conta de benefícios com a dor. Este resultado tem consonância com parte dos resultados do estudo de Jackson (1992) realizado em um Centro de Dor Crônica, no qual o autor identificou que a ambiguidade da *realidade da dor* compõe um complexo conflito que envolve, entre outros elementos, nebulosidades na abordagem à dor crônica e sentidos contraditórios que relacionam a responsabilização do paciente com o curso de sua condição.

Estas incongruências ou *desproporções* expressam a característica desafiadora da dor crônica para com as lógicas do paradigma hegemônico, expondo diversas lacunas na sua apreensão como objeto médico, entre elas a relação dor-doença e doença-lesão, o lugar da subjetividade no processo saúde-doença e limites das terapêuticas existentes. Mas também parecem conter o significado da existência de questionamentos, se não quanto à veracidade da dor, pelo menos quanto à correspondência entre o *real* e o *observado/relatado*. Na fala abaixo, o profissional não nega a existência da dor, mas relaciona a disparidade entre a lesão e a dimensão da dor com um processo consciente de autodestituição da imagem corporal, que se justificaria pela busca por legitimação social e para obter ganhos. Em outras palavras, o paciente estaria exacerbando a dor.

GF1- Médico A: Porque o que a gente mais vê em clinica de dor é que a dimensão da lesão não corresponde com a dimensão da dor. Eu já vi disparidades tão absurda, tão absurda, tão absurda... Que eu fico vendo essas pessoas miseráveis que querem se aposentar a qualquer custo, que fazem qualquer coisa pra destituir a sua imagem corporal pra poder o outro acreditar que a dor dele é um fato. E eu vejo isso cada vez que eu trabalho com gente mais pobre, mais eu vejo isso. Então, significa que, que, é... O outro é também muito responsável pelo curso dessa história.

Também notamos a existência de questionamentos mais explícitos. Observa-se que os profissionais abaixo realizam, inicialmente, um jogo de *palavras*, sendo formuladas sentenças que expõem dubiedade. No entanto a contradição acaba por ser exposta a partir da contestação da realidade do sofrimento.

GF1- Médico B: E com o passar do tempo aqui, você também começa a perceber que os pacientes têm **outros tipos de dor**. Que realmente têm pacientes que sofrem com dor, mas tem pacientes que ele se mantém aqui por outros motivos, por outras coisas, procurando outras necessidades que ele tem, não só mais por aquela dor. Você começa a ver que nem todo mundo que tá aqui é igual a outros pacientes que também estão aqui e que **sofrem realmente, que têm dor, que estão precisando melhorar**. E você também, numa certa fase, você passa a acreditar na dor de todo mundo, né? Aí, depois você começa a separar realmente um do outro... Então você muda de novo.

GF2- Médico I: Agora, aqui no ambulatório tem esses pacientes, não... São pacientes que você vê que tem uma dor, é uma dor...

GF2- Médico L: Real...

GF2- Médico I: Sem sentido mesmo. **Não necessariamente real**, talvez seja uma dor...

GF2- Médico L: É, sem sentido.

GF2- Médico I: ...**simulação**. Pode até ter os simuladores. Porque simulação já é outra coisa. Simulação já é descaramento. Descaramento não conta. E tem os psicopatas. Psicopata aí já é outra coisa.

No GF1, chamou-nos bastante atenção a menção do médico B acerca da existência de “outros tipos de dor” para se referir a outras necessidades e motivações dos pacientes (além da dor) para se manter no Ambulatório. Neste caso, o médico distingue a dor (em sentido estrito) das *outras dores*, ao atribuir para a primeira a noção de sofrimento real. Ou seja, ainda que o termo “dor” muitas vezes venha a ilustrar o sentido de sofrimento (KLEINMAN, 1992), fica implícito no discurso que o sofrimento legitimado, *real*, é o que se relaciona com a dor *real* [provavelmente o que comumente é chamado de *dor física*]. Nesta linha, ao mesmo tempo em que se afirma que existem pacientes que “sofrem realmente”, deixa-se subentendido que também existem pacientes não sofrem de *dor real* [ou física] ao afirmar que “nem todo mundo que tá aqui é igual a outros”. No GF2, observa-se no diálogo um jogo de ideias onde a dor “sem sentido”, não sendo “necessariamente real”, implicitamente se distingue da “dor real”, ao passo em que a possibilidade de

simulação e a psicopatia, sendo as mais preteridas, de fato levantam o questionamento da existência da dor.

Sobre o estatuto da dor crônica, identificamos alguns artigos que abordam a dor crônica sob a perspectiva de ser uma **patologia** (DELLAROZA; PIMENTA, 2012; DELLAROZA; PIMENTA; MATSU, 2007; ROCHA *et al*, 2011; CARDOSO; PARABONI, 2010; CASTRO *et al*, 2011; PIMENTA, 2001; LIMA, TRAD, 2007). No entanto, ficou latente que este deslocamento não vem se constituindo de maneira homogênea nas produções brasileiras: é possível identificar sentidos para a dor crônica atrelados à noção de **sintoma** ou **queixa** (DELLAROZA *et al*, 2008; ALMEIDA, 2008b; BRANDT, 2011; BRASIL; PONDÉ, 2009; CAVALCANTE *et al*, 2006; MARTA *et al*, 2010; MATTOS; LUZ, 2012; OLIVEIRA; MORAES; SANTOS, 2013; BRAZ *et al*, 2011; SANTOS *et al*, 2011; SOUZA, 2009; MORAES; SANTOS, 2013; LIMA; CARVALHO, 2008), especialmente quando as causas da dor persistente são enquadradas em um diagnóstico médico, como fibromialgia. Por outro lado, quando tratada como uma patologia *per si*, a dor crônica parece também assumir, de maneira implícita, o status de uma terminologia *guarda-chuva* utilizada para classificar uma diversidade de condições idiopáticas (sem causas bem esclarecidas) que cursam com dor prolongada (KUGELMANN, 1997). Esta assertiva aufere relevância, já que a variabilidade de topografias e formas de expressão da dor crônica impõe considerar que os mecanismos e fatores associados possam se relacionar de maneiras também distintas. Por conseguinte, observamos referências à dor crônica através de expressões como “síndrome da dor crônica” (SILVA; ROCHA; VANDENBERGHE, 2010), “síndromes de dor crônica (SDC) sem patologias” (OLIVEIRA, 2000), “síndrome dolorosa crônica” (HOMANN *et al*, 2011; MARTINS, PANOSSIAN; GAVIOLI, 2006; HELFENSTEIN JUNIOR; GOLDENFUM; SIENA, 2012), “doenças de dor crônica” (MELO; DA-SILVA, 2012), “doenças da dor” (BESSET, 2010), “grupo heterogêneo” (CAMPI *et al*, 2013), “tipo de dor crônica” e “quadros dolorosos crônicos” (PIMENTA, 2001) para designar condições com dor persistente sem causas definidas ou condições mal explicadas, porém já subagrupadas em um *diagnóstico*.

Essas impressões obtidas a partir da literatura científica em certa medida convergem com os resultados desta pesquisa, na qual percebemos que, nos dois GF, apesar de a dor crônica ser assumida explicitamente como **patologia**, por vezes

ganha o sentido de **conjunto** ou **categoria guarda-chuva** de patologias, especialmente quando se refere a uma condição agrupada em um diagnóstico mais específico. Só mais raramente emergiu o sentido que se aproximaria da ideia de **sintoma**; mas consideramos relevante indicar esta ocorrência pelo fato de que a menção mais intrigante relacionada a esta ideia foi proferida por um médico (Médico A) em posição de chefia e com grande experiência na atuação em clínica de dor. Este médico implicitamente distingue “dor crônica” da “doença em si”. Em outras palavras, sugere-se a existência de um elemento ou processo gerador da doença que é camuflado – provavelmente a causa *escondida* da dor. Em outra fala do mesmo médico, a associação entre dor crônica e a ideia de *sintoma* esteve relacionada a uma construção discursiva que posiciona a perspectiva do paciente. As outras falas que denotaram a ideia de *sintoma* foram ambíguas, não sendo claro se representavam uma alusão consciente à “dor crônica” como sendo “sintoma”, se estariam relacionadas a *atos falhos* ou se estariam sendo feitas distinções entre a “dor” (sintoma presente na dor crônica) e a “dor crônica” (doença ou categoria de doenças que cursam com dor persistente). No GF1, a **palavra** “sintoma” aparece 5 vezes; no GF2, não houve nenhum registro.

GF1 Farmacêutico F: “E aí o primeiro ano que eu passei aqui foi acompanhando atividade dos profissionais, até mesmo pra conhecer melhor esses pacientes, porque até então, pra mim, dor era só um sinal de doença, um sintoma... eu não conhecia dor como uma **patologia**.”

GF1- Médico A: Então, quando você não encontra o marcador que o paciente fez assim: “olha isso aqui realmente tá errado” né, embora isso já tenha surgido... Então a pessoa fica o tempo inteiro nessa ideia da impossibilidade de lidar com o seu **sintoma**, porque ela acha que aquele **sintoma** pode estar escondendo uma doença maior, né? Um câncer, uma coisa assim desse tipo... É o que eu mais ouço.

GF1- Médico A: “Então eu acho que esse imbricamento entre o psíquico e com a história do outro, com tudo que essa **dor crônica faz e mais a doença em si, e a doença é camuflada**, porque ta dentro do micro sistema, entendeu? Então essa abundancia de coisas, faz com que a dor realmente seja uma coisa complexa e que se expresse de forma complexa também.”

GF1/Médico A: Mas eu acho que é extremamente delicada, eu acho que quando vocês forem abordar essa questão do ponto de vista social, tem que

entender que é um **sintoma** bem delicado. Uma natureza extremamente complexa, porque todos os monstros aparecem nessa hora, todos.

GF2- Mediador: Quais são as teorias de vocês pra explicar a dor?

GF2- Médico H: Certas... Não é a dor, são **certas patologias**, né? Como essa fibromialgia, como essa síndrome complexa, eles têm algum, algum histórico de ser pós-cirúrgico, pós-injúria... Pós algum trauma, injúria, né?

Correlatamente, esses sentidos expressam perspectivas diversas que podem ser assumidas na apreensão da dor crônica: a dor como algo sentido e experienciado pelo paciente (sintoma); a dor reconhecida como um problema real (patologia) devido a sua repercussão para o sujeito acometido e para a sociedade; e a dor como elemento comum e proeminente em diferentes processos fisiopatológicos álgicos crônicos (conjunto de patologias).

Considerando estas observações, é importante lembrar que a produção de sentidos está imbricada em interações conflituosas e relações de poder. No processo interativo, incorrem constantes disputas para que certas “verdades” venham a prevalecer (FOUCAULT, 1979). Desta maneira, atentamos para o fato de que o grupo focal permite observar que o discurso de cada um influencia e é influenciado pelos demais discursos. Ocorrem disputas assimétricas que ultrapassam os limites do próprio GF no sentido espaço-tempo. Os sentidos que prevalecem são os com maior força de legitimação diante das relações de poder, o que não exclui a existência de conflitos expressos pelas divergências de ideias, ainda que sejam comunicadas de maneira indireta e velada. Ou seja, ideias coincidentes não significariam um simples consenso, mas a expressão da reprodução de uma “verdade” assumida e, por ventura, legitimada por meio de relações de poder, verdade esta que pode ter sua construção discursiva em diversos âmbitos (ciência, ética, política, etc.), e exercida a partir de diversas posições sociais, como pudemos observar nesta pesquisa. Por exemplo, foi possível identificar que as posições de representante da ciência, de alguém com um importante cargo na instituição ou de alguém com experiência profissional são elementos importantes que conferem maior legitimidade para a *imposição, convencimento ou negociação* de dada *verdade*. Ademais, foi possível identificar que os profissionais, ao mesmo tempo em que recorrem às ideias e valores correntes no campo científico biomédico como parâmetro para embasamento das

concepções e práticas, ressignificam essas ideias, introduzem elementos de outras lógicas e, por vezes, contradizem a doutrina biomédica, expondo que a grande legitimidade e poder de que a Biomedicina goza não exclui o processo reflexivo da experiência na constituição dos sentidos.

Neste sentido, admitir que a dor é uma patologia e que “toda dor é real” tem seu poder de legitimação na medida em que é necessário assumi-las como *verdade* para que a dor crônica seja incorporada como problema médico. Entretanto, em decorrência disso se processam conflitos no cotidiano, já que, logicamente, os profissionais também contam com uma bagagem de significados que, por vezes, podem contradizer estas questões. Em outras palavras, os parâmetros hegemônicos de *avaliação* no paradigma biomédico, que se baseiam principalmente no que se pode visualizar e, em menor medida, no comportamento e comunicação do paciente, ficam limitados, gerando desproporções que põem em cheque a sustentação da *verdade* da existência da dor em todos os casos. Assim, a todo o momento os profissionais se deparam com incongruências entre a *verdade* assumida e sua própria significação sobre a dor do outro (discutiremos mais esta questão capítulo seguinte).

Sob outro ponto de vista, as peculiaridades observadas na atribuição do estatuto da dor crônica expõe que a experiência do vivido é mais complexa que as abstrações formuladas na tentativa de explicar e apreender a realidade. Revela, especialmente, a incompletude da construção teórica comumente aceita para o adoecimento, que é tomado na Biomedicina a partir da noção de *doença* – uma *verdade* discursiva que ganhou o sentido de algo fora dos padrões de normalidade, visível, topografável, mensurável e, portanto, passível de objetivação, traduzindo-se no patológico (FOUCAULT, 1979; CAMARGO JR., 2005).

A dor da maneira como é significada pelo indivíduo acometido, tende à ideia de ser algo que se sente, que se experiencia e que não pode ser medida objetivamente, a não ser subjetivamente. E a dor persistente, que se diferencia por impregnar a dimensão dolorosa ao cotidiano dos sujeitos por tempo prolongado e incerto, não está isenta da ideia de que é sentida, afinal ela é cotidianamente sentida.

Na Biomedicina, a dor é considerada um processo biológico *normal* indicador de anormalidade (normatizada) e, clinicamente, um sintoma, visto que corresponde

a uma característica autopercebida (pelo paciente) de que ‘algo está errado’. Por conseguinte, não estando atrelada à utilidade de alerta biológico de *perigo*, “confunde nossas noções senso-comum da doença e da saúde”. (JACKSON, 1992, p. 140) Ou seja, é esperado que a dor, que tem um significado historicamente construído de sintoma, ao ser assumida como a *doença* gere certas incongruências. Ainda mais se incluirmos a reflexão de que as condições que vem sendo enquadradas como *dor crônica* compõem um grupo bastante heterogêneo, com distintas características, intensidades, topografias, fatores causais ou associados etc.

Vale salientar que esses sentidos operativos da experiência de lidar com a dor crônica (sintoma e patologia) sob perspectivas diversas não excluem o que inicialmente se expressa como um conflito: sendo assumida pelo sistema formal de cuidados como uma patologia, a dor crônica confronta a alegoria clássica das doenças, caracterizada por, ao menos, dois dos seguintes critérios: existência de agente etiológico, danos ou alterações anatômicas, e conjunto de sinais e sintomas verificáveis (STEDMAN, 1996). A dor crônica apresenta desafios à Biomedicina e aos profissionais de saúde ao se distinguir pela invisibilidade e pela impossibilidade de mensuração objetiva, trazendo uma nova questão epistêmica para pensar a doença/patologia: se em uma determinada condição de saúde, que gera sofrimento e prejuízos pessoais e sociais, o *agente etiológico*, os *sinais e sintomas verificáveis* e *alteração observável* não estão necessariamente presentes, então devemos questionar estes elementos como sendo pressupostos para a caracterização do objeto-problema médico. Assim, ao definir a dor crônica como uma patologia, Bonica promoveu seu reconhecimento como um *problema de saúde*, resultando na ampliação dos sentidos para doença enquanto objeto médico. Sem dúvida, este posicionamento da dor crônica na Biomedicina tem seu mérito, sobretudo por oferecer perspectivas de legitimação social do sujeito que sofre de dor crônica, ainda que persistam os desafios da sua abordagem na prática clínica.

A DOR CRÔNICA E AS REPERCUSSÕES SOBRE OS SENTIDOS PARA O CUIDADO

Ao buscarmos sentidos para o cuidado a partir da análise dos GF, não pretendemos expor definições e conceitos com base em concepções dos profissionais. Procuramos compreender quais os *sentidos* relacionados ao cuidado expressos por estes sujeitos ao serem colocados em uma situação em que estavam impelidos a refletir coletivamente sobre as suas experiências de cuidado a pacientes com dor crônica. Nesta empreitada, percebemos que a caracterização da dor crônica, realizada pelos profissionais do Ambdor, se distingue em alguns aspectos da maneira com a qual as doenças geralmente são definidas e abordadas na Biomedicina. Essa distinção se relaciona a deslocamentos nas concepções sobre o cuidado. Portanto, a invisibilidade da dor crônica e a incerteza em seu prognóstico, de um lado, e os limites das intervenções biomédica convencionais para alcançar seu controle efetivo, por outro lado, produzem deslocamentos discursivos em favor da afirmação de concepções e estratégias que procuram promover a adaptabilidade do paciente a esta condição.

Os grupos focais desta pesquisa apontaram que o deslocamento da noção de cura para a noção de controle da doença se relacionou à resignificação da experiência para a promoção de mudanças comportamentais, retorno às atividades cotidianas e melhora do quadro com a diminuição da dor para uma melhor qualidade de vida. Neste contexto, o profissional agregaria outros atributos ao seu papel, especialmente o de educador/orientador do paciente, visando aumentar a implicação do paciente na realização das práticas de cuidado e oferecer ferramentas para que estes melhor compreendam suas experiências e suas necessidades.

Nos dois grupos, a necessidade de “educar” o paciente aparece como elemento importante para a melhor condução do cuidado e do autocuidado, contribuindo, ainda, para a adesão ao tratamento. No GF1, a “educação” ganha também uma conotação de assimilar os objetivos do profissional quanto ao tratamento, abandonando a perspectiva de cura da doença e assumindo o objetivo de controle. Assim, poderíamos dizer que o *paciente educado* seria aquele que conhece sua condição, que tem ideias convergentes com o prognóstico do profissional, que adere ao tratamento e assume *suas* responsabilidades quanto ao

autocuidado. Aludimos que horizonte de que o cuidado perpassa um processo educacional remonta que o profissional possui limites no seu fazer, requerendo do paciente uma maior participação.

Nessa via, infere-se a configuração de relações mais próximas, na qual a escuta se tornaria um importante instrumento para potencializar o cuidado. Ao passo em que o caráter subjetivo da dor impõe desafios aos métodos tradicionais de avaliação na conduta clínica, reconhece-se a necessidade de que o profissional se utilize de recursos comunicacionais para melhor compreender paciente, sua história clínica, os fatores associados e as características da dor, além de acompanhar a evolução do paciente. Afinal, para considerar a dor como *real*, o profissional deve acreditar no que o doente reporta, de forma que é através da narrativa do paciente que a experiência de adoecimento é acessada (LIMA; TRAD, 2007).

GF1- Médico A: Aí, eu fui fazendo analogia com esse meu percurso aqui no, em clínica de dor, a gente passa por vários processos e obviamente que o processo na medida em que vai avançando e que vem recebendo cada vez mais pacientes mais complexos, significa que essa exigência de uma distorção, ou seja, quando você não escuta, porque eu acho que clínica de dor é um exercício diário de escuta... Porque **se você não escutar o que o outro tem a dizer, a gente acaba fazendo distorção cognitiva.** Você tá entendendo? A gente faz uma construção inadequada do sujeito que está vindo pra você. Porque há a tendência da gente de ter uma interpretação mais simplista do quadro dele, que não é uma interpretação real, entende?

Todo o GF1 envereda para a consideração de que a escuta é um elemento importante para o cuidado no Ambdor, na medida em que auxilia uma melhor compreensão dos sujeitos e da sua evolução com relação ao tratamento e à doença. É importante destacar a possível relação entre o reconhecimento da importância da escuta no GF1 com expressão da relevância dos fatores psicoemocionais e da história do paciente para a compreensão do quadro e definição da conduta. A incerteza sobre as causas da dor crônica, bem como o reconhecimento de possibilidades que ultrapassam as questões biológicas, incitaria a necessidade de conhecer melhor os pacientes para melhor investigar as possíveis causas, bem como os fatores que influenciam na melhora ou piora do quadro para um melhor manejo da terapêutica.

Contrariamente, no GF2 não foram realizadas menções mais explícitas e significadas sobre a importância da escuta. No entanto, alguns relatos sobre episódios com pacientes localizam a escuta nos discursos destes profissionais, e

sugerem que este elemento pode estar presente no cotidiano de cuidado. Neste grupo, foi observada uma ampliação da função que a comunicação e a boa relação entre profissionais e pacientes poderia cumprir no cuidado: além de contribuir para a construção do caso e de auxiliar na definição da conduta a ser adotada, desempenha função terapêutica, o que uma das profissionais denomina de “papoterapia”.

GF2- Médico H: Uma coisa que eu acho também que é muito importante trazer desses pacientes sofrimento, sofrido é, eu não digo nem o otimismo do médico, mas o bom humor do médico. Isso eu acho que é de fundamental importância, como Ana falou. Se você atende um paciente... O paciente chega lá, “Não to aguentando de dor”. Aí, você vai lá, faz um bloqueio ou no nervo... Ou faz nada com ele, ele sai de lá dando pulos, porque você abraçou, porque você contou uma piada, você perguntou do filho, *kikiki, kakaka*, o paciente sai de lá numa alegria...

[...]

GF2- Quiropraxista N: Isso, porque eu consigo medir o que eu faço e o que eu não faço. Por exemplo, eu consigo saber se eu ajustei uma vértebra ou se eu não ajustei uma vértebra. Então, muitas vezes, eu não consegui fazer o ajuste porque a musculatura tava muito tensa... [...] E aí, a pessoa sai melhor mesmo. Realmente, isso pra mim é algo que eu me questionava. “Mas, eu fui péssima, eu não consegui”. Mas, não... A pessoa gosta, a pessoa sai melhor sabe?

[...]

GF2- Médico H: Mas que tem uma grande parte só placebo, tem. O placebo oral.

[...]

GF2- Médico I: Pode ser placebo, pode ser o que for. O que importa é o resultado.

GF2- Mediador: O que vocês acham que funciona, então?

GF2- Médico H: Isso eu acho que funciona muito. “**Papoterapia**” funciona muito. Não vou dizer que é tudo.

GF2- Médico J: Eu acho que dar atenção ao paciente...

GF2- Médico I: Em clínica médica, até pra hipertensão. Se você passar captopril com um sorriso no rosto e passar com um carão [o resultado é diferente]...

Diante do objetivo de controle da doença, e tendo em vista a complexidade e multidimensionalidade da dor crônica, poder estabelecer uma relação menos impessoal com o paciente se torna relevante na conduta terapêutica. Isto possibilita que o profissional possa conhecer melhor o paciente, exercer sua *função* de orientador, ajustar a conduta adequadamente e conforme a necessidade, apontar os progressos, bem como cria a possibilidade de mediar de elementos intersubjetivos para

a consecução de melhores resultados no tratamento. Nesta perspectiva, no GF1, a “fidelização” e o “vínculo” foram apontados como fatores importantes para o acompanhamento da evolução do quadro, para a adesão ao tratamento e para facilitar o processo de responsabilização do paciente quanto ao autocuidado. Um dos médicos indicou que teria melhores resultados no consultório particular por causa do acompanhamento contínuo do paciente, e que a organização do Ambdor deixa a desejar no sentido de que os pacientes acabam não tendo uma referência profissional e porque as consultas seriam em um intervalo de tempo muito grande – devido à alta demanda de pacientes (que, por sua vez, são permanentes no serviço), o número insuficiente de profissionais para dar conta desta demanda adequadamente, além da alta rotatividade de voluntários e residentes.

Contudo, a vinculação do corpo clínico com os pacientes ganhou contornos diferentes nos dois GF. No GF2 a continuidade dos pacientes no serviço sem a perspectiva de alta foi elemento de preocupação compartilhado por diversos profissionais e está muito presente nas falas. De maneira geral, os profissionais fizeram referência ao problema do grande número de pacientes no serviço, mas um profissional médico demonstrou-se insatisfeito com a impossibilidade de exercer o **poder** da alta no Ambdor, caso o paciente não siga a conduta prescrita:

GF2- Médico I: Porque não existe isso de você dizer: “eu vou lhe dar alta se você não fizer”. **A alta como uma imposição.** Não existe o mecanismo da alta. Que a alta médica, a alta do serviço é um **poder** que a gente tem.

Este médico afirma ainda que a alta é o instrumento para “forçar” o paciente a assumir a responsabilidade quanto ao tratamento. Nenhum dos outros profissionais rebateu a opinião da alta como mecanismo de poder, ficando a impressão de que esta ideia não teria oposições ou, ao menos, não teria provocado os outros participantes do grupo a ponto de uma réplica imediata. No entanto, em outros momentos, verificamos sentidos implícitos de valorização do vínculo pelos profissionais do GF2. Por exemplo: quando realizaram relações entre os resultados positivos no cuidado e a continuidade do tratamento; quando valorizaram a possibilidade de, no serviço privado, realizar consultas com o paciente a depender da necessidade; quando apontaram que a falta de continuidade do acompanhamento afeta o aspecto da orientação ao paciente; quando identificaram que os pacientes de dor crônica necessitam de acompanhamento. Isso sugere que,

apesar de os profissionais do GF2 não exporem de maneira mais explícita e significada a ideia da necessidade do vínculo para a prestação de um cuidado mais efetivo, as situações cotidianas acabam lhes apresentando contradições com a visão da desvinculação e da alta, que historicamente vem sendo abarcada na formação e lógica biomédica no contexto das condições agudas.

Podemos dizer que, ao chegar ao Ambdor, os profissionais mais *novos* se defrontam com um *modus operandi* que agrega alguns elementos diferenciados, os quais tensionam valores e concepções hegemônicas da Biomedicina. Isso pode gerar conflitos e desconfortos, mas também pode acabar por produzir algumas acomodações ao longo do tempo. Em consonância com Berger (1986), o indivíduo passa a incorporar o papel e, assim, a assumir valores e regras do jogo. Neste sentido, a análise dos GF indicou que o tempo de experiência profissional em clínica de dor é um fator de influência importante para a produção e sedimentação concepções e valores diferenciados sobre a dor crônica e o cuidado. Quando comparados os dois GF, o grupo de profissionais com maior tempo no serviço (GF1), em geral, apresentou concepções mais convergentes com a perspectiva do cuidado integral e humanizado, e de maneira mais clara e refletida, sendo premente a valorização da escuta, a necessidade de incorporar o papel de educador no cuidado e o deslocamento da noção de alta para a noção de vínculo com o objetivo de implicar o paciente no cuidado de si.

De acordo com Lima e Trad (2011), a dor crônica 'obrigaria' o terapeuta a ter outro olhar, impondo a sua humanização no cuidado. Em nossa perspectiva, a condição de dor crônica expõe a necessidade de valorizar o componente relacional e de considerar elementos subjetivos como itens importantes para a prestação de um cuidado mais efetivo, já que se reconhece o sucesso do tratamento está diretamente relacionado à implicação do sujeito no cuidado (autocuidado), e que a empatia entre profissionais e pacientes pode se configurar como elemento positivo nos resultados da terapêutica. Cabe destacar que os profissionais apresentam concepções que abrem margem para um reposicionamento da dimensão comunicacional nas relações de cuidado. A valorização da escuta reporta a uma valorização do que o paciente diz.

Além das questões já referidas, acreditamos que essa perspectiva parece abrir caminhos para agregar outros elementos às noções do processo saúde-

doença, já que o objetivo de “melhora” impõe a consideração de uma imprecisão quanto ao resultado final, remetendo a uma relativização da noção de cura.

GF1- Médico B: É uma paciente que ela sabe que ela não vai andar mais sem a sua muleta [...], é uma paciente [que] possivelmente [...] vai ter dor pro resto da vida sim, mas que sinto que conseguiu entender, nesse um ano que ela tá comigo, o que é que eu buscava, o que é que ela tinha que buscar no tratamento dela, e **querer seguir nessa busca é a cura.**

Nesse sentido, inferimos que, ao passo em que a cura enquanto ausência de doença estaria deslocada no contexto das doenças crônicas, abre-se margem à construção de perspectivas dentro do universo de possibilidades reais, que são diferenciadas em cada caso. A partir desta lógica, as noções de saúde e a cura podem se aproximar da individualização dos objetivos no projeto de cuidado diante do possível e do desejável: assim, a singularidade da saúde, da cura e dos sujeitos tem potencial para ser colocada na cena do cuidado.

Entretanto, é necessário incluir a reflexão de que tanto a construção histórica do poder biomédico, quanto os valores que se tem agregado à prática clínica, não são simplesmente *esquecidos*, mesmo diante de um contexto de cuidado que requer modificações para uma maior efetividade. Observamos que persistem valores que foram constituídos a partir do projeto de medicalização da sociedade. Contudo, notamos também que, apesar de valores *antigos* permanecerem, eles são ressignificados, agregando outras características diante das questões da experiência que impulsionam modificações e adequações das ações e concepções. Assim, é sugestivo que a experiência de cuidado em dor crônica apresenta condições para significações e ressignificações das práticas de cuidado e dos sentidos do adoecimento. Sugerimos que este potencial ocorre, sobretudo, porque os profissionais se deparam cotidianamente com conflitos que os fazem se questionar, e questionar seus pressupostos. É diante de situações que põem em *cheque nossas* concepções, e que nos interrogam acerca da conduta *adequada*, é que nos vemos impelidos a repensar nosso papel e a maneira de lidar com o outro, de nos portar diante da situação e diante de nós mesmos. Como indicam as falas abaixo do GF1, este processo, que envolve sedimentações, significações e ressignificações, é constante, reconstituído a cada interação de maneira dinâmica. No entanto, os GF apontam que esta dinâmica perfaz mais processos de adequação que de transformação profunda das condutas e concepções.

GF1 - Facilitador: A dor. Tá ok. E pra vocês, como é que foi essa experiência no ambulatório, ela foi significativa sobre, pra o modo como vocês lidam com a dor, como que lida em termos de trabalho com a dor crônica?

GF1 – Médico B: Eu acho que muda sim e muda ao longo do tempo que você tá aqui, né? Eu venho de uma área que é muito mais cirúrgica, então, a gente sempre dizia, sempre brincava que dor é vida, né? Só sente dor quem tá vivo (risos). E depois, você começa a... Você tá aqui, você começa a ver que não, que dor realmente só traz sofrimento. [...] E com o passar do tempo aqui, você também começa a perceber que os pacientes têm outros tipos de dor. Que realmente têm pacientes que sofrem com dor, mas tem pacientes que ele se mantém aqui por outros motivos, por outras coisas, procurando outras necessidades que ele tem, não só mais por aquela dor. Você começa a ver que nem todo mundo que tá aqui é igual a outros pacientes que também estão aqui e que sofrem realmente, que tem dor, que estão precisando melhorar. E você também, numa certa fase, você passa a acreditar na dor de todo mundo, né? Aí, depois você começa a separar realmente um do outro... Então você muda de novo.

GF1 - Psicólogo E: A psicanálise trabalha um texto que é, pra mim, que é mais fidedigno na teoria... Aquele que Freud fala, né? Que você recorda, repete e elabora. Cada vez que você fala, você escuta. Isso traz um novo significado, você vai achando um novo sentido. Em todas as linhas teóricas da psicologia tomam isso como objeto exatamente a partir do sentido que isso tem. Então, eu não consigo perceber alguém que trabalhe com dor crônica seis meses, um ano, dez anos, sei lá quantos anos, que isso não tenha um sentido diferente a cada terça-feira, a cada sofrimento, a cada forma como ele disse. É como se o paciente fosse reeditando essa história e a gente fosse, na nossa cabeça, reeditando.

O outro lado da moeda

Diante do exposto até então, pode-se sugerir que as necessidades cotidianas para o cuidado mais efetivo do paciente com dor crônica têm gerado muitos *elementos positivos* com potencial para provocar algumas modificações na nos sentidos para o cuidado. Todavia, emergiram algumas questões que suscitaram a necessidade de refletir mais profundamente acerca destes *elementos positivos*, na medida em que se apresentaram como um desafio à interpretação, pois causaram, em uma ponderação mais superficial, certo incômodo. Não um incômodo no sentido de “aborrecimento”, mas, numa perspectiva inicialmente quase intuitiva, a sensação de que algo precisava ser mais bem explorado, melhor compreendido. É bem verdade que o pesquisador a todo o momento se cobra, e deve se cobrar, uma vigilância epistemológica, procurando não ceder às paixões a que todos nós estamos sujeitos. Entretanto, isso não significa que devamos colocar totalmente em

suspenso os valores que nos atravessam no ato de interpretar a realidade – nem se quiséssemos, poderíamos fazê-lo. Afinal, são esses valores que nos fazem acender uma *luzinha vermelha* ao nos deparar com sentidos que questionam determinados parâmetros. Se não pudéssemos nos valer desse subterfúgio, acredito que não estaríamos fazendo pesquisa social. No entanto, não pretendemos cair no maniqueísmo do certo ou errado, do bom e do mau. Não se trata de criar polos opostos, mas de tentar compreender algumas implicações e nuances de alguns *elementos* inicialmente tomados como *positivos*.

As questões que produziram esta *sensação* de incômodo motivador nós chamamos aqui de *contrariedades*.

Apresentando as contrariedades: notas para uma discussão

Como vimos, há o reconhecimento de que o cuidado em dor crônica tem se caracterizado pela construção de relações mais próximas, tendo em vista a necessidade de acompanhamento contínuo, repercutindo um maior confronto do profissional com a necessidade de desenvolver ferramentas relacionais e comunicacionais. Ademais, concebe-se que a dor crônica permeia diversas esferas da vida do sujeito, o que requer uma abordagem sobre outras esferas além da biológica, bem como a implicação do paciente no seu cuidado. Neste viés, foi possível identificar sentidos relativos à importância atuar sobre significados e comportamentos do paciente de dor crônica.

No GF1, a relevância da abordagem sobre o comportamento foi mais proeminente, porém nos dois GF foi possível perceber discursos com sentido de que os profissionais *estimulam e valorizam* determinadas mudanças comportamentais nos pacientes, relacionadas mais explicitamente com as atitudes que contribuam para o tratamento, para a resignificação da experiência e da própria vida, e, portanto, para a melhoria da qualidade de vida do paciente.

As “fachadas” idealizadas pelos profissionais mais presentes nos dois GF estiveram relacionadas ao que poderíamos chamar *paciente educado* (que aceita o prognóstico médico, que adere ao tratamento, se cuida, demonstra boa aparência e assume responsabilidades no cuidado) e *paciente (pro)ativo* (que se mantém produtivo, realizando atividades cotidianas dentro das possibilidades, que continua

no trabalho, que busca acesso a recursos que possam contribuir para seu tratamento, elementos que também poderiam apontar uma disposição para melhora). Já o estereótipo do paciente conteve elementos bastante difundidos nos dois GF, muitas vezes com sentido depreciativo e incluindo características como passividade, inatividade, carência socioafetiva, negatividade de humor e, sobretudo, falta de autocuidado.

No GF1, notamos algumas acepções de crítica ao *comportamento de dor*, sobre as quais verificamos uma associação com a noção de uma *autodestituição da imagem corporal*. Alternadamente, alguns profissionais dos dois grupos (mais evidentemente no GF1) expressaram o sentido de que a demonstração de sofrimento e a delegação *excessiva* do cuidado de si para outros poderiam estar atreladas ao processo de legitimação social da dor – para provar que a dor é real, para a consecução de cuidados e para a obtenção de benefícios. Além disso, em alguns poucos trechos do GF1, comportamentos negativos de pacientes estiveram relacionadas a sentidos de reprovação e *incômodo* sob o véu de que a demonstração de sofrimento seria uma atitude desnecessária.

GF1- Médico C: Você me levou a memória aqui a questão da dinâmica desse ambulatório, que **não precisa a gente supervalorizar o sofrimento para entender o sofrimento que ele passa**, entendeu? Porque se você observar, a aparência dos pacientes quando chegam e quando eles vão ao longo do ambulatório, é totalmente diferente. Nossos pacientes aqui agora chegam de batom, perfumada, arrumada, bonita... Porque ela sabe que a gente vai olhar pra ela e dizer: “Mas você está ótima! Está linda! Adorei!”. Uma paciente veio hoje, que era uma paciente complicadíssima, por último, ela ta com câncer de tireoide, diabética, cheia de comorbidades... E ela era, assim, daquela meio pegajosa. Ela ficava me apertando, me incomodava. Aí, teve um dia que eu disse: “Pare de ser assim”. Ela falava assim: “*Hannnn Hannnn Hannnn*”. Mas sabe por que, aí sabe... Anita estava de junto, fez: “[...], eu tinha tanta vontade de fazer o que você fez!”. Anita! [...] “Eu tinha tanta vontade... eu não aguento mais essa paciente, esses anos todos... eu queria dizer isso”. Aí, hoje ela já é diferente. Ela não tem mais essa atitude pegajosa. “Hann”... Se lamuriava o tempo todo... [...] Aí, eu falei pra ela: “**Seu batom está lindíssimo! combinando com a sua argola, combinando com o seu esmalte**”. [...] Quer dizer, é alguém que o sofrimento.... Ela já superou algo, entendeu?

GF1- Psicólogo E: Faz total sentido... Organiza.

[...]

GF1- Médico B: Tem aquele menino que era agressivo, mesmo, deixou de ser agressivo... Depois de um *esporro* que ele tomou meu (ri).

GF1- Psicólogo E: Não é pra ficar aí dando *esporro* em ninguém. Eu acho que não é por aí.

GF1- Médico C: Você tá entendendo? Elas já perceberam que aqui não precisa ela chegar aqui arrastando lata, entendeu?

GF1- Psicólogo E: Quando a gente falou do perfil do sujeito que é carente de tudo. Aí, você, no lugar do profissional de saúde, fala assim: “**Você está bem, você está melhor... Que bom que você está melhor...**” Olha o batom da mulher... Então, assim, olha o sentido que você vai dando pra vida do sujeito. Essa pessoa, ela vai reorganizando por conta dela entender que ela não precisa mais do sofrimento pra chamar atenção dos outros. E isso é um significado da prática, eu penso, né? A psicologia checa inclusive, dizendo: “Aquilo que eu te pedi, você fez? Depois que você fez, melhorou?”. A gente tem uma avaliação que a gente checa na reavaliação. Então, é claro que a gente vê isso claramente. E implica o sujeito quando ele não faz... Social, relação de trabalho.

Assim como Jackson (1992), podemos sugerir que circulem alguns sentidos de valorização do *sofrimento com dignidade*, representado pela mínima expressão do comportamento de dor. Podem emergir, contudo, conflitos e contradições ao intentar que a expressão do sofrimento seja de alguma forma dissociada do processo de comunicação da dor, reverberando um incentivo ao controle do comportamento de dor. Constitui-se um dilema, pois dor e sofrimento, apesar de não representarem exatamente os mesmos objetos discursivos, do ponto de vista da experiência parecem indissociáveis. Até mesmo porque, além do sofrimento mais diretamente relacionado à dor (o que em uma das falas do Médico B do GF1 pode ser relacionado ao *sofrimento real* decorrente da *dor real, física*), a experiência de dor repercute outros *sofrimentos*, que perpassam as relações conflituosas presentes no cotidiano do paciente de dor crônica (por exemplo, a busca pela legitimação social e a incapacidade). Como aborda Jackson (1992), separar a experiência de dor das outras experiências que acompanham a dor é uma tarefa difícil, talvez impossível. Entretanto, foi possível identificar nos dois GF que “fachadas” de sofrimento também teriam um potencial sensibilizador, podendo gerar empatia a depender, provavelmente, das circunstâncias da situação, dos sujeitos envolvidos na interação, de como esta interação se procede. Ademais, identificamos que a observação do comportamento e de aspectos físicos e emocionais do paciente participa da avaliação subjetiva do profissional sobre a dor.

GF2- Médico I: Teve uma paciente que eu atendi ela... Eu atendi ela uma vez. Ela tava com uma fascíte plantar, tratei, melhorou. Aí, depois ela voltou e tava com uma dor miofacial, dor... Cervicalgia, mas era miofacial. É uma senhora e tal... E a filha tá pra casar. Aí, palpei, tal, o exame físico tudo normal... Eu cheguei pra ela e perguntei: “Como é que tá em casa? E tal, não sei o que...” “A senhora mora com quem? Sua filha está com quantos anos? E, como é que tá?”. “Não, ela tá pra casar”. “Tá pra mudar, tá pra sair de casa já, né?”. Aí, ela: “Tá”. “E a senhora está aperreada com isso, né?”. “É, doutor”.

GF2- Médico J: Oh, meu Deus... Chegou no ponto.

GF2- Médico I: Aí, cheguei no ponto. Aí, ela: “É, doutor, o senhor é bom mesmo, o senhor descobre as coisas”. (risos) [...] Eu vou lhe passar pra você ir na psicoterapia que vai ficar melhor, não se preocupe com isso não. Se a senhora ainda fica malzinha, aí depois eu passo antidepressivo, qualquer coisa. Mas fique sossegada, que isso é normal”. Aí, ela ficou sossegada e tal... Conversando resolveu.

GF2 - Enfermeiro M: [...] Hoje mesmo Dona Tânia já saiu: “oh, Ana quando é que eu vou voltar [para o bloqueio venoso]?” Se eu passo, tá ali na porta... “Ana, que lugar [da fila de espera] eu estou?”. Mas você... Você olha pro paciente, você percebe, assim, **ele não está com cara de estar com aquela dor toda**. Mas ele quer voltar pro bloqueio venoso. Então, me parece muito, também, uma prisão ao tratamento.

Diante destas questões, foi possível compreender que o *controle* pode assumir não apenas o sentido de estabilização da sintomatologia, mas também pode se relacionar com a adequação do comportamento, ao passo que se esperaria que o paciente aprendesse a lidar melhor com a dor.

GF1- Psicólogo D: Eu acho que ele vem atrás desse entendimento, porque vai refletir inclusive no entendimento dele [...] e no cuidado que ele vai passar a ter convivendo com isso. Porque quando o paciente chega, fala assim: “**Eu aprendi a controlar mais...** Eu sei quando é que...”, por exemplo, “**deixo de ir na emergência, consigo controlar essa dor em casa**”. Muitos pacientes relatam, muitas vezes, assim, “Ah, hoje em dia eu já tenho um controle melhor depois que eu passei pela terapia de grupo. Eu aprendi como lidar com certas situações”. Então eu acho que o paciente passa a ter um entendimento melhor da dor. E talvez, assim, ele venha inconscientemente, né? Não que ele venha com essa perspectiva, mas, inconscientemente, eu acho que, na verdade, é o que ele quer quando chega aqui, com expectativa.

GF2- Quiropraxista N: Os pacientes, eles começam também a ter que arrancar forças lá... Porque muitos pacientes falam: “Eu sou forte, eu aguento”. Quando eles não estão bem, eles falam: “Olha, doutora, eu sou forte, eu aguento, mas olha, hoje...”. Quando eles, normalmente, quando eles choram no consultório aqui, **eles ficam mal por não estar sendo fortes de não aguentar aquela dor**. Ficam mal com isso, por causa disso.

Ficou preeminente que a noção de *controle* também está embutida na ideia de que o paciente tem responsabilidade quanto curso da doença, na medida em que suas ações indicam e repercutem nos resultados terapêuticos. Assim, determinados comportamentos indicariam se o paciente estaria disposto ou não à melhora. Nestes moldes, há uma valorização do paciente que trabalha, que se mantém ativo em suas

atividades cotidianas e que adere à terapêutica. Há frequente relação entre a busca por afastamento do trabalho, e obtenção de benefícios, com a não adesão ao tratamento ou não desejo de melhora.

Esmiuçando melhor esta questão, foi bastante evidenciado que, pelo fato de a dor crônica ser uma condição que requer cuidado contínuo, era necessário que o paciente passasse a assumir maiores responsabilidades quanto a este cuidado. Nos dois GF foram expressos alguns elementos que tenderam ao reconhecimento de que o cuidado em dor crônica envolveria um processo de *corresponsabilização* e *interdependência*. Emergiram vários discursos em tom de denúncia quanto à falta de autocuidado dos pacientes, especialmente no GF1, no qual foi ressaltada a necessidade de implicar o paciente no autocuidado a partir da “devolução” de responsabilidades. Diante de uma maior responsabilização dos pacientes no envolvimento do cuidado, os profissionais dos dois grupos realizaram um deslocamento quanto às cargas de responsabilidade de cada parte em relação aos resultados da terapêutica. Nesse sentido, a maior responsabilização do paciente teria repercutido na assunção da conotação de uma diminuição da responsabilidade do profissional em certo nível, especialmente quando os resultados são negativos. Algumas falas indicam, por exemplo, que o resultado esperado diante de uma prescrição adequada da conduta e da aplicação correta da técnica seria a melhora; mas é relatado que o resultado incoerente com essa lógica é muito comum em dor crônica. Nos discursos de alguns profissionais do GF2, esta incoerência não necessariamente teria relação com a eficácia da terapêutica, mas com algum problema do paciente.

GF2- Médico L: Que ele tem de assumir uma coisa pra ele também. Porque é muito claro, é muito fácil chegar: “Mas foi o médico que passou a medicação e eu não... Não foi boa a medicação que ele passou”.

GF2- Médico J: O que que ele fez por ele?

GF2- Médico L: O que é que... **Que ele assuma a responsabilidade...**

GF1- Fisioterapeuta G: [...] às vezes eles dispõem... Jogam pra cima do profissional uma resposta de **algo que eles também são responsáveis**, porque, de muitas vezes, foram eles que criaram aquela situação. Então, assim, a questão do autocuidado... Por que, então, você não se cuida também? Porque, muitas vezes, eu, como fisioterapeuta, e na fisioterapia, [...] a gente tem esse grande problema. Eu digo pra um paciente “não é que você não vai mais pro, usar o computador. Você vai usar o computador. Mas você vai sentar corretamente, você vai posicionar o monitor, você vai

posicionar o teclado”. Aí, quando você vai ver a prática, a pessoa não faz isso. Mas vai pro consultório de fisioterapia, “já fiz dez seções, já fiz quarenta seções”, e não melhora! “Mas o seu dia a dia, você se cuida, você faz...?”.

GF2- Médico L: Eu vejo mais a avaliação da psicologia quando eu consigo acompanhar o paciente mais de uma vez, quando o paciente volta pra mim, e aí eu acho que **eu fiz tudo certinho, e de repente essa paciente não melhora. Aí, eu vou e vejo que tem alguma coisa, realmente, de comportamento, que tem um ganho secundário, aí eu mando [para psicologia]**. Mas assim, tem que ligar uma luzinha amarela... Do tipo: por que que você tá fazendo alguma coisa da parte física e esse paciente não melhora? Pra eu poder enxergar...

GF2- Mediador: A medicação não dá resultado, é isso?

GF2- Médico L: Aquela minha medicação não tá fazendo efeito... O bloqueio não ta sendo bacana... Aí, eu vou lá e pesquiso mais... O paciente não está se alimentando bem...

Além disso, nos dois GF aparece a relação entre o não desejo de melhora e a obtenção de ganhos secundários com a dor, de maneira mais explícita na fala de dois médicos, cada um de um grupo focal. Um deles, participante do GF2, chegou a afirmar que os pacientes que querem melhoram porque buscam acesso a terapêuticas e serviços, e os que não melhoram, são os que têm ganhos secundários.

Apesar de presente nos dois GF, a questão dos *ganhos com a dor* foi bem mais difundida e explícita no GF2. Neste grupo a maioria dos profissionais admitiu acreditar que os pacientes têm diferentes benefícios, e foram citados especialmente os ganhos relativos ao afastamento do trabalho (secundários) e ganhos a partir da utilização da condição como justificativa para compensar problemas psicoemocionais e afetivos (o que pode ser aludido a partir da classificação de ganho primário, de Hahn (1995), na qual a dor é utilizada para desviar o foco de atenção de outros problemas de maior preocupação). No GF1, os ganhos com a dor foram mais explicitamente abordados por um profissional médico; além dele, apenas mais um profissional (também médico) abordou o assunto, mas o fez de maneira mais cuidadosa e indireta.

GF1- Médico A: Então tem todo um... Uma coisa assim de que há... Todo um benefício que a dor traz, crônica, e também tá implícito nessa coisa de não querer melhorar, né?

GF2- Médico J: Os pacientes que estão melhores são aqueles que estão no trabalho... Já peguei umas duas ou três, assim, raridades que tão no trabalho, mas que tão aqui porque eles querem continuar trabalhando e melhorando. Eu insisto: “ótimo, volte, volte pro seu trabalho que vai te fazer bem”. Então, você, dá pra ver que a pessoa tá querendo melhorar, né isso? Pra mim caracteriza isso. Agora, outros eu tive dificuldade.

Em suma, emergiu, nos dois grupos, a ideia de que a melhora estaria diretamente relacionada ao querer, que seria demonstrado pela adesão à terapêutica e busca de serviços e medicamentos. Por sua vez, a não melhora estaria relacionada a não adesão ao tratamento, a “algo” prejudicial no comportamento do paciente, a problemas do sistema de saúde e à falta de vontade por conta de benefícios com a dor. Isto incita a conclusão de que está implícita na visão de alguns profissionais a existência de certo *controle* dos pacientes sobre o curso da doença, que se expressaria por meio da *vontade* e da *ação* dos últimos. Outros elementos de interferência nos resultados do cuidado apontados nos GF foram: as deficiências do sistema e do serviço de saúde por diversos profissionais (presente nos dois GF) e os limites dos recursos terapêuticos disponíveis na Biomedicina para lidar com a dor crônica (presente no GF1).

O sentido de maior responsabilidade dos pacientes no cuidado apresentou peculiaridades se compararmos os dois grupos: enquanto que no GF1 predominou uma conotação que abarcou os diversos âmbitos da vida – como higiene pessoal e afazeres domésticos, além do aspecto de adesão ao tratamento formal – no GF2 a “parte” do paciente na relação de cuidado esteve mais focalizada no sentido de seguir a prescrição.

Nos dois GF a noção de adesão ao tratamento esteve muito presente, e percebemos poucos sentidos relativos à participação dos pacientes no processo decisório da construção do projeto terapêutico, exceto por algumas poucas alusões a *negociações* e *convencimentos*, que ainda assim não necessariamente perpassam uma redistribuição de poder. Além disso, alguns profissionais demonstraram certo desconforto quando questionados por pacientes acerca do tratamento, e quanto à busca de informações em outras fontes. Isto indica que a aceitação passiva da prescrição médica não seria uma situação homogênea, podendo haver pacientes com uma postura mais ativa e contributiva. Todavia, sobressaiu nas falas do GF1 que as tentativas de contestação da conduta médica procurariam ser contornadas

pelos profissionais a partir de confundimento ou convencimento. Em contraponto, também foram observados discursos que enfatizavam a importância de orientar o paciente e ajudá-lo a compreender sua condição e o tratamento, como vimos no tópico anterior.

GF2 – Médico H: E quando os pacientes, às vezes: “Tá me dando o que?”. Ah, quando pergunta isso... “Tá fazendo o que aqui?”, “Que medicação ele tá fazendo em mim?”. Aí, eu começo, falo um bocadinho de coisa, um bocadinho de coisa... “Entendeu?”. “Tá”. Entendeu *porra* nenhuma, mas tá com vergonha, né? (risos) Não entendeu nada, né? [Coloca a mão na boca porque falou *palavrão* e todos riem].

[...]

Fora os que já vêm embasados, né? Pega na internet...

GF2 – Médico J: Tem um que trouxe o dossiê. “Ó, assim eu comecei com a dor”. Um livro mesmo, com o histórico dela de fibromialgia.

GF2 – Médico H: E vem com o tratamento, e vem com o tratamento. “Eu procurei na internet, toma isso”. “Porque a senhora nunca me passou isso?”. “E porque passou isso pra aquele”. “E porque não fez isso comigo que eu vi na internet?” Né? “E porque eu tomo isso aí?”. “Porque passou esse remédio pra mim? Eu li na bula que dá isso... É isso que eu tô sentindo?” Então, ainda tem isso.

[...]

GF2 – Médico I: Rapaz, tem uma paciente minha, ela tem diabetes... Eu passei Lyrica pra ela. “Doutor, Lyrica, eu fui ler...”. E ela usa insulina. “Eu fui ler a bula do Lyrica, não sei o quê lá”. Eu falei, eu parei pra ela, olhei pra ela e disse: “Você já leu a bula da insulina?”. Ela: “Doutor, não fique, não fique fazendo medo pra mim não. Eu nunca li não, mas não vou ler, porque se não eu vou parar de usar minha insulina e vou morrer”.

[...]

Depois que eu falei da insulina, eu convenci. “Você já leu a bula da insulina?”. Ela: “Oh, doutor”. Aí, ela quietou-se. Pois é, ela é diabética tipo l...

GF1 – Médico A: Talvez a gente tenha que trazer algum programa aqui no ambulatório, de educação...

GF1 – Médico C: De direitos.

GF1 – Psicólogo E: De educação continuada.

GF1 – Médico C: Educação continuada, de direitos, de cidadania, André. Eu acho também de ci-da-da-nia. Porque senão não muda!

GF1 – Médico A: Por exemplo, o paciente, por exemplo, que vá no... Se eu faço assim: “**Tem que fazer bloqueio**”. Ele vai perguntar a uns 4 médicos e a uns 5 amigos se aquilo serve. Entendeu? Aí, vai dizer: “Não faça, você vai morrer!”. Aí, outro vai dizer: “Ai, meu Deus!”.

GF1 – Médico C: “Vai lesar o nervo”.

Por outra via, foi possível identificar nos dois grupos a coocorrência das ideias de que: (1) o profissional é o sujeito do conhecimento, o qual, munido de um saber-

poder, prescreve a conduta, sendo responsabilidade do paciente segui-la; (2) a dor crônica confronta os profissionais com o seu “não saber” diante das lacunas e limites de sua abordagem.

GF2- Médico H: Acho que no momento que você fala que o tratamento... Pelo menos aqui a gente fala isso né? O **tratamento é feito em duas partes: Uma é o meu conhecimento** que vai te ajudar, o outro é você quem vai fazer... Eu passo uma receita pra você, você vai tomar, vai pegar e tomar. **Eu mando** você fazer fisioterapia, você tem ir que fazer. Então, se eu fizer só a minha parte: “Tome remédio, vá pra fisioterapia, não faça ou faça aquilo” e **você não fizer a sua parte, o tratamento não vai adiantar praticamente de nada.** Então, o paciente tem que ter, esse, essa, esse conhecimento de que ele tem a parte dele no tratamento. Se eu só fizer a minha... Eu dependo dele, ele depende de mim. Porque se ele não souber o que fazer, o que estou dizendo a ele, não vai resolver. E se eu mandar ele fazer e ele não fizer também não vai resolver. Então, eu acho que a relação é essa, a orientação que a gente dá. E fazer com que ele entenda que metade do tratamento dele, é responsabilidade dele.

GF1- Médico A: Então, nesse momento que você se dá uma certa falência do seu arsenal, entendeu? Enquanto você, detentor do poder da cura, entre aspas, ou da suposta cura, o que for. Eu acho que se você não tem o cuidado com você, você pode atropelar o outro. Eu acho que a clínica de dor é um exercício diário de humildade, entendeu? **É um exercício diário da sua, do seu não saber,** entendeu? É o exercício diário do seu teste enquanto natureza humana, entendeu?

Durante a realização das análises deste trabalho, nos deparamos com o desafio de lidar com a tenuidade das fronteiras entre a constituição de sentidos de cuidado mais integral, através da consideração da importância de atuar sobre diversas dimensões da vida do paciente, e o respeito à autonomia dos pacientes. Como vimos, estes estudo indicou a existência de um redimensionamento do fator subjetivo das relações de cuidado a partir de discursos de profissionais. Mas também indicou que não necessariamente este redimensionamento repercute em uma maior simetria na relação médico-paciente, já que a atribuição de maiores responsabilidades no cuidado pareceu assumir contornos iminentemente prescritivos sob a *roupagem* da importância de “educar o paciente”. Em outras palavras, a adoção de abordagens comportamentais, comunicacionais e educacionais, quando não envolve os pacientes em processos decisórios, pode significar mais um mecanismo de amoldamento do doente do que um processo que respeite e estimule a autonomia do paciente e o estabelecimento de relações menos assimétricas.

Dentre os resultados das interpretações dos GF, foi notória a presença de sentidos que transitam entre a legitimação e a deslegitimação do doente de dor crônica no exercício de seu papel. Ocorre que a dor crônica, sendo per si uma expressão de anormalidade, impõe ao paciente uma posição liminar, ao passo em que incorpora diversas ambiguidades que reverberam um status incerto (Jackson, 2005), mesmo no Ambdor deste estudo. Neste viés, a experiência de cuidado em dor crônica faz emergir sentidos e valores contraditórios, circunstância que (com o perdão do contrassenso) é coerente com a situação incerta, ambígua e deslocada da dor crônica.

GF1- Psicólogo E: Por exemplo, um conceito que a gente fala tanto no ambulatório, que eu só entendi depois de anos, é que toda dor é real. Eu falava assim: “Gente, como assim?”. Era difícil pra mim entender isso, o que aquele sujeito trazia, que a medicina dizia “Não tem sentido, não tem diagnóstico”. E eu que gosto da psiquiatria, que estudava os transtornos somatoforme, falava assim: “tem um nome pra isso”. E eu dizia: **“Não tá lá, nem cá”**.

Por ser uma experiência subjetiva e privada, a dor “depende de ação social para torná-la real para os outros” (JACKSON, 2005, p.342). A presença da dor só é inferida indiretamente, através da observação e da comunicação do sofrimento (JACKSON, 1992). No entanto, a invisibilidade da dor incita comunicações problemáticas, visto que permeia as relações de cuidado em uma esfera de dúvidas e imprecisões quanto a sua mensuração e a compreensão do adoecimento. Assim, a condição de dor crônica abre uma ampla margem de possibilidade para que o “outro” possa deduzir o falseamento do doente.

Como afirma Goffman (2001), do ator social é exigida uma coerência expressiva na sua apresentação de si durante a interação. O *outro* sempre espera que, ao desempenhar o seu papel, o paciente seja coerente com o esperado para a situação, que a sua “fachada pessoal” não pareça uma *fachada*, que a sua atuação no palco da vida não pareça uma encenação. Entretanto, o que é esperado do paciente? Qual a *fachada pessoal* que ele deve apresentar? É justamente isto o que nos parece problemático do ponto de vista de um papel institucionalizado, pois a dor crônica impõe peculiaridades no desempenho deste papel. Ocorre que a “fachada pessoal”, (ou seja, “aparência” e “maneira”) é primordial para legitimação social da condição de dor crônica. Contrariamente, outras condições de saúde mais *clássicas*

podem contar com sinais mais objetivos que sirvam para comprovar o adoecimento. Mas, no caso da dor crônica, diante da carência de critérios objetivos de diagnóstico e avaliação, em um campo onde a objetividade é valorizada, os argumentos que sustentam a legitimação do desempenho do papel de doente ocupam uma posição de fragilidade.

É claro que os profissionais, durante todo o discurso dos GF, deram indicativos da conduta que esperam que os pacientes assumam na interação (considerando que, nesta relação, os profissionais se encontram em uma posição privilegiada na relação de poder que lhe atribui a possibilidade de legitimar o doente). Porém, observamos que os elementos constituintes das “fachadas” que estão mais relacionados à legitimação da dor, mais especificamente o comportamento de dor, não são consensuais por sua natureza iminentemente subjetiva, sendo, portanto, a legitimação mais passível às contingências da interação.

A fragilidade que caracteriza os elementos que sustentam a legitimação do doente imprime a consideração da possibilidade de falseamento, seja quanto a intensidade da dor, seja pela própria existência da dor. Em consonância com Jackson (2005), neste estudo as análises nos levam a sugerir que alguns dos doentes de dor crônica poderiam ser vistos pelos profissionais como propensos a resistir melhor à dor em função dos *benefícios da doença*. Mas também foi apontada, pelos profissionais, a possibilidade de supervalorização de elementos negativos pelos pacientes, para que acreditassem em sua dor ou em prol da obtenção de ganhos secundários – o que Goffman (2001) chamou de *idealização negativa*. Ou ainda, de que os pacientes venham a se utilizar de diferentes formas e níveis de dissimulação para obter ganhos. Foram frequentes as relações estabelecidas entre desejo-ação-resultado no curso da doença, em que o *ganho com a dor* é localizado como elemento influente para resultados negativos, e a disposição para a melhora esteve associada a processos de responsabilização (principalmente quanto à adesão e à assunção do autocuidado), o que também tendeu a ser bastante associado à atitude *consciente* do paciente. Este resultado converge com outro trabalho de Jackson (1992), que identificou a ocorrência de processos de responsabilização do paciente pelo curso da doença atrelada à noção de controle sobre a condição.

Em suma, podemos falar da existência de um importante impasse: há a possibilidade de algum nível de falseamento, mas isso não exclui a possibilidade de que a doença seja *real* – e as duas possibilidades são igualmente difíceis de *comprovar*. Isto cria um problema para os profissionais – especialmente os médicos, que são responsáveis pela administração de procedimentos mais invasivos e potencialmente deletérios se não forem adequadamente ministrados. Ou seja, os profissionais têm limites e responsabilidades na sua conduta de cuidado, que perpassa o dever de cuidar intervindo, mas também o dever de cuidar limitando sua intervenção. O profissional deverá avaliar, planejar, agir e interagir diante muitas incertezas, dubiedades e, sobretudo, responsabilidades.

Mas os pacientes também estão sujeitos às incertezas de sua condição, à árdua e cotidiana batalha por legitimidade, aos limites dos recursos existentes, a uma visão de papel do doente que não necessariamente se adéqua ao papel do doente de dor crônica o qual deve desempenhar. Neste sentido, poderíamos indagar se os pacientes, diante das dificuldades de provar a veracidade de sua dor, não se veriam impelidos a exibir uma atitude de sofrimento, como um modo de representação dos valores que, refletida ou irrefletidamente, *julgam* apropriados para o desempenho do papel de doente, levando a cabo “estereótipos extremos” (GOFFMAN, 2001, p.44). Ou ainda, se o que viesse a ser chamado de uma conduta exacerbada, ou de uma demonstração exagerada de sofrimento, não seria de fato uma expressão de sua experiência socialmente construída sobre aquela situação – isto é, que o sujeito esteja sendo *sincero* no desempenho de seu papel. Analogamente, nos parece que a postura estereotipada de passividade e “delegação excessiva” de responsabilidades que os profissionais atribuem aos pacientes converge com as expectativas do papel de doente *clássico*. Se por um lado os profissionais expressam uma cobrança na assunção de maiores responsabilidades do paciente no cuidado e no curso do adoecimento, por outro não se pode negar que houve um condicionamento histórico e legitimado, no qual o paciente deveria se entregar à tutela médica diante de uma situação de adoecimento, assumindo uma posição passiva diante da aplicação do saber (poder) médico. Assim, pode ser que as *novas* exigências de postura para a assunção do papel do doente crônico (e, mais especificamente, do doente de dor crônica) não estejam bem sedimentadas e incorporadas pelos pacientes. Ao mesmo tempo, longe de significar uma profunda

transformação das relações e expectativas associadas ao cuidado e ao paciente crônico, sugerimos que há *resquícios robustos* de uma velha forma repaginada de produzir saúde: a redistribuição de responsabilidades sem, necessariamente, redistribuir poderes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos resultados desta pesquisa, é possível sugerir que a dor crônica tem o potencial de produzir modificações nas concepções de cuidado, especialmente quando dimensionada em um serviço como o Ambdor. Por se constituir como um objeto diferenciado e desafiador no escopo médico, a dor crônica impõe o desenvolvimento e mobilização de outros recursos para dar conta das necessidades de uma abordagem mais efetiva.

Alguns elementos da caracterização da dor crônica, elaborada pelos profissionais, desafiam a perspectiva Biomedicina sobre a doença, podendo estar relacionados a vários deslocamentos observados nas concepções sobre o cuidado.

Na Clínica de dor de nosso estudo, foi possível identificar sentidos que apontam a incorporação de elementos positivos nas relações de cuidado estabelecidas entre profissionais e pacientes, tais como o estabelecimento de vínculos, de relações mais próximas, e a valorização da educação, da escuta e de recursos comunicacionais.

Assim, a multidimensionalidade da dor e a necessidade de integrar o paciente às práticas de (auto)cuidado poderia propiciar uma maior atenção à experiência de adoecimento e às histórias de vida do doente. Essa atenção seria favorecida pela adoção mais efetiva de modelos compreensivos sobre o processo saúde-doença-cuidado, com reposicionamento dos elementos (inter)subjetivos nas relações de cuidado.

Todavia, os deslocamentos dos sentidos do cuidado identificados neste estudo não ocorreram de forma homogênea. Verificamos a existência de ambiguidades e contradições, além de pontos de convergência com uma abordagem mais tradicional e heterônoma da Biomedicina, mais explicitamente nas falas de profissionais com menos de experiência no Ambdor.

Em consonância com Kleinman (1992), percebemos que a problemática da dor crônica envolve conflitos na *construção de significados*, em decorrência das lacunas, contradições e dubiedades no processo de legitimação da doença e do doente. Esta situação é refletida pela ausência de consenso em alguns elementos relacionados à dor crônica tanto na literatura científica, quanto nas situações e questões delineadas no Ambdor, conforme os relatos dos participantes da pesquisa.

Observa-se uma dificuldade de defini-la e ambiguidades no estabelecimento seu estatuto.

Em adição, o processo da significação da dor reflete contradições que se expressam nas relações entre profissionais e pacientes, diante da conjunção e a confrontação dos valores, pressupostos e saberes biomédicos com os saberes assentados nas práticas clínico-assistenciais, agregados a partir da experiência de cuidado.

Por exemplo, verificamos a existência de dificuldades de lidar com a ideia de que “toda dor é real”, expressas através de discursos relativamente ambíguos sobre a questão. Foram observados questionamentos velados da veracidade da dor, que se relacionam com as constantes denúncias da existência de *desproporções* entre o *real* e o *observado*. Esses questionamentos giraram em torno de dúvidas quanto à intensidade da dor relatada, da suposição de que o paciente poderia *controlar* a dor se desejasse e agisse de modo condizente a tal horizonte clínico, de que os pacientes poderiam resistir ou dissimular a dor para obter benefícios de diferentes naturezas.

Constatamos que, diante das incertezas em torno da cronicidade da dor, podem concorrer sentidos de que ela se expressaria menos por processos de vitimização do doente e mais por uma anormalidade intrínseca ao indivíduo. A dor crônica foi aludida a ideias de “erro”, “falha” e “reação”, que remetem a comportamentos orgânicos inesperados. Ademais, ambiguidades nas noções de causalidade no adoecimento crônico podem reverberar sentidos de culpabilização dos sujeitos por seu adoecimento.

Também notamos que o estímulo a uma posição mais participativa do paciente no cuidado pode ser uma noção de cobertura para um processo de redistribuição de responsabilidades no cuidado, na qual o paciente passaria a assumir maiores responsabilidades quanto ao próprio cuidado e seus resultados e, por conseguinte, haveria uma diminuição das responsabilidades que pudessem cair sobre o profissional, principalmente em caso de insucesso.

Percebemos que os profissionais reconhecem que a dor crônica repercute sofrimento. Mas também identificamos a existência de discursos de regulação e/ou reprovação a certos modos de exposição do comportamento de dor. Além disso, algumas acepções relativas às relações de cuidado apontam para processos de

tutela comportamental, no qual estão envolvidos sentidos de incentivo ao controle do comportamento de dor.

Desta maneira, indicamos que, não obstante seja referido o estabelecimento de relações mais próximas no cuidado em dor crônica, quando se diminuem as barreiras relacionais entre médicos e pacientes, alguns conflitos tornam-se mais explícitos. Além disso, ao mesmo tempo em que a assistência ao doente de dor crônica evidencia a incongruência da impessoalidade na construção de relações de cuidado mais integrais, respeitosas e efetivas, fica também evidente que as fronteiras nestas relações não estão bem situadas.

Percebe-se que a Biomedicina acaba por se constituir como um aporte para o exercício de um saber-poder na relação entre profissionais e pacientes, que assume formas, no caso da cronicidade, diferentes dos mecanismos impositivos frequentemente observados no cuidado aos doentes *agudos*. Assim, mesmo diante das peculiaridades das clínicas de dor, persiste o questionamento acerca da diminuição da assimetria na relação entre profissionais de saúde e pacientes de dor crônica, e da participação efetiva dos sujeitos na construção dos seus projetos terapêuticos.

Diante destas questões, concluímos que os grupos focais apontam o Ambdor como um espaço institucional de legitimação da dor crônica enquanto objeto médico, não obstante permaneça como um objeto deslocado. Entretanto, persistem **dificuldades na legitimação do doente de dor crônica**, que passam a incorporar as ambiguidades e contradições da apreensão da dor crônica pela Biomedicina.

Devemos explicar os motivos que nos fizeram evitar relacionar os resultados desta pesquisa com uma importante peculiaridade do Ambdor: a abertura a práticas integrativas e complementares. Ocorre que quase não foram identificadas referências nos discursos que indicassem a presença de outras racionalidades ou de práticas provenientes de outras racionalidades. Este resultado corrobora com alguns dados da observação realizada no Ambdor, que apontam para uma hegemonia médica com orientação biomédica na organização das práticas e na condução das condutas. Observamos que boa parte do serviço é orientada para dar conta das consultas médicas e dos procedimentos, como bloqueio local e venoso. Mesmo a acupuntura parece ser “aplicada” como um procedimento médico, assumida como uma técnica incorporada à medicina, sem mais referências à racionalidade oriental

da qual se origina. Um dos médicos, que possui bastante influência no Ambulatório, chegou a identificar a existência de uma hegemonia médica e a necessidade de uma maior integração entre os setores, apesar de também reconhecer a existência de uma abertura à interdisciplinaridade. Considerando estes pontos, é possível levantar a hipótese de que, na clínica de dor de nosso estudo, a abertura a práticas originalmente não biomédicas não indica uma substituição paradigmática; ao contrário, reverbera uma releitura destas práticas a partir do enquadramento na lógica médica. Contudo, os dados que obtivemos são inconclusivos, assinalando a necessidade de estudos mais específicos para compreender como práticas provenientes de outras racionalidades são incorporadas pelo paradigma biomédico.

Vale, ainda, pontuar algumas implicações dos aspectos metodológicos para esta pesquisa.

Conforme indicamos na metodologia, a divisão dos grupos focais respeitou o critério de tempo no serviço, o que serviu ao intento de observar se esta característica seria significativa na implicação de distinções nos resultados. A análise dos GF indicou que tanto o grupo dos mais *antigos* quanto dos mais *novos* apresentaram deslocamentos nas concepções sobre o adoecimento e o cuidado. Todavia, o tempo de experiência profissional em Clínica de dor se mostrou como um fator de influência importante para a **sedimentação** de significados que apontam distinções nas concepções e valores sobre a dor e o cuidado em dor crônica. Isto é, os profissionais com mais experiência pareceram vivenciar um processo de reflexão mais sedimentado sobre a prática profissional realizada no Ambdor, favorecendo uma incorporação mais clara e intensa de elementos intersubjetivos presentes nas relações de cuidado, assumidos como importantes para o alcance de maior efetividade no cuidado em dor crônica.

Cabe ressaltar que o período de observações no Ambdor foi crucial para a construção das interpretações, ao passo em que, através das informações obtidas por este meio, pudemos compreender melhor alguns pressupostos implícitos que emergiram a partir da análise dos grupos focais. Por exemplo, lançar mão do recurso da observação nos auxiliou na compreensão de que o caráter desafiador e incerto da dor crônica é mobilizador de ambiguidades; mas também nos permitiu concluir que, em alguma medida, a carência de alguns consensos tem relação com os diversos (e frequentemente renovados) encontros de histórias e saberes

propiciados por uma maneira específica de organização do serviço. Em outras palavras, a relativa rotatividade de profissionais que compõe a dinâmica do serviço, compõe também a dinâmica da produção e reprodução dos sentidos no Ambdor.

A metodologia dos GF auxiliou na apresentação de importantes questões relacionadas à dor crônica e o cuidado. Identificamos a dificuldade de definir a dor crônica; processos de responsabilização do paciente; ambiguidades nos sentidos de controle no cuidado e na abordagem sobre o comportamento, etc. Através deste formato, foi possível confrontar os discursos de cada participante diretamente para a formação de um discurso do grupo, localizando a interação entre os sujeitos no processo de produção dos dados. Entretanto, as vantagens na adoção deste formato também configuram parte de suas limitações e dificuldades. O produto dos GF é bastante complexo, incrementando dificuldades na análise de dados, que deve atender tanto para o processo interativo quanto para o aporte teórico que subsidie de maneira coerente as discussões. Reunir um grupo já existente trouxe repercussões, já que muitos implícitos compartilhados pelo grupo (e desconhecidos por pessoas que não partilham de sua convivência) aumentaram a dificuldade de compreender determinadas questões, que não poderiam ser esclarecidas pelos mediadores nestas curtas reuniões. Além disso, a metodologia dos grupos focais não nos permitiu um maior aprofundamento das questões sobre as quais discutimos. Assim, indicamos que a realização de pesquisas mais específicas, com a utilização metodologias como etnografias e entrevistas individuais, pode fornecer aporte importante na compreensão da constituição e expressão dos diversos elementos observados.

Por fim, devemos esclarecer que a presente pesquisa esteve focalizada no conhecimento dos sentidos e significados expressos por profissionais que atuam em uma clínica de dor (Ambdor). Portanto, não nos coube realizar inferências diretas entre os discursos e a prática. Ocorre que o processo interpretativo não passa de uma leitura da leitura (seja numa pesquisa de campo, seja através da análise de discursos), que envolve um jogo intrincado de relações de poder, a limitação dos diversos não saberes e implícitos que deslizam nos sentidos, e inclui as dubiedades existentes entre o *pensar*, o *dizer* e o *agir*. Em consequência, entre a interpretação do pesquisador e a interpretação dos pesquisados, assim como entre a ação e a interpretação desta ação, há um infinito inapreensível em sua totalidade. Porém,

assumimos o pressuposto de que isto é uma característica inerente às relações, não sendo propriamente uma limitação do estudo. Desta maneira, acreditamos que a relevância deste tipo de estudo reside na possibilidade de fornecer indicações sobre os valores e pressupostos que atravessam as relações, oferecendo subsídios para a reflexão da mediação entre a teoria e a prática.

REFERÊNCIAS

ACIOLI, S. Os sentidos de cuidado em práticas populares voltadas para a saúde e a doença. In: PINHEIRO, R; MATOS, R.A. (Orgs.). **Cuidado: As fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ/ABRASCO, 2005.

AGUIAR, W.M.J.; OZELLA S. Núcleos de Significação como Instrumento para a Apreensão da Constituição dos Sentidos. **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 26, n.2, p. 222-45, 2006.

ALMEIDA, I.C.G.B. *et al.* Prevalência de dor lombar crônica na população da cidade de Salvador. **Revista Brasileira de Ortopedia**, v. 43, n. 3, p. 96-102, 2008a.

ALMEIDA, A.P.F. *et al.* Dor crônica e violência doméstica: estudo qualitativo com mulheres que frequentam um serviço especializado de saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**, v.8, n.1, p. 83-91, 2008b.

AYRES, J.R.C.M. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. **Interface**, v. 8, n.14, p. 73-92, 2004.

AYRES, J.R.C.M. *et al.* Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: Campos WSC, et al (org.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; 2006, p. 375-417.

BASZANGER, I. Pain: its experience and treatment. **Social Science of Medicine**, Oxford, v. 29, n.3, p. 425-34, 1989.

BASZANGER, I. **Inventing pain medicine**: from the laboratory to the clinic. New Brunswick, N.J.: Rutgers Univ. Press, 1998.

BENDELOW, G.A.; WILLIAMS, S.J. Transcending the dualism: towards a sociology of pain. **Sociology of Health and Illness**, Henley on Thames, v. 17, n.2, p. 139-65, 1995.

BESSET, V.L. *et al.* Um nome para a dor: fibromialgia. **Revista Mal-Estar e Subjetividade**, v. 10, n. 4, p. 1245-70, 2010.

BOMBANA, J.A. Sintomas somáticos inexplicados clinicamente: um campo impreciso entre a psiquiatria e a clínica médica. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 55, n.4, p. 308-312, 2006.

BOURDIEU, P. **Pierre Bourdieu entrevistado por Maria Andréa Loyola**. Rio de Janeiro: EDUERJ, 2002.

BRASIL, I.S.P.S.; PONDÉ, M.P. Sintomas ansiosos e depressivos e sua correlação com intensidade da dor em pacientes com neuropatia periférica. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 31, n. 1, p. 24-31, 2009.

BRAZ, A.S. *et al.* Uso da terapia não farmacológica, medicina alternativa e complementar na fibromialgia. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 51, n. 3, p. 269-82, 2011.

BRANDT, R. *et al.* Perfil de humor de mulheres com fibromialgia. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 60, n.3, p. 216-20, 2011.

BURY, M. Chronic illness as biographical disruption. **Sociology of Health and Illness**, v. 4, n. 2, p. 167-82, jul. 1982.

CAMARGO JR., K.R. A Biomedicina. **Physis**, Rio de Janeiro, v.15, n.1, p. 177-201, 2005.

CAMARGO JR., K.R. Epistemologia numa hora dessas? (Os limites do cuidado). In: PINHEIRO, R; MATOS, R.A. (Orgs.). **Cuidado: As fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ/ABRASCO, 2005b.

CAMPI, L.B. *et al.* Influência de abordagens biopsicossociais e autocuidados no controle das disfunções temporomandibulares crônicas. **Revista Dor**, v. 14, n. 3, p. 219-22, 2013.

CANDIOTTO, C. Foucault: uma história crítica da verdade. **Trans/Form/Ação**, v. 29, n. 2, 2006.

CARAPINHEIRO, G. Poder médico e poder administrativo no cotidiano hospitalar. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, v. 1, n. 33, p. 83-91, 1991.

CARDOSO, M.R.; PARABONI, P. Dor física crônica: uma estratégia de sobrevivência psíquica?. **Revista Mal-Estar e Subjetividade**, v. 10, n. 4, p. 1203-20, 2010.

CARLINI-COTRIM, B. Potencialidades da técnica qualitativa grupo focal em investigações sobre abuso de substâncias. **Rev. Saúde Pública**, v. 30, n.3, p. 285-93, 1996.

CASTRO, A.B. Organização do serviço de dor crônica. In: ALVES NETO, O. (Org.). **Dor: princípios e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2009, p. 121-32.

CASTRO, M.M.C. *et al.* Validade da escala hospitalar de ansiedade e depressão em pacientes com dor crônica. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, v. 56, n. 5, jul./ago. 2006.

CASTRO, M.M.C. *et al.* Comorbidade de sintomas ansiosos e depressivos em pacientes com dor crônica e o impacto sobre a qualidade de vida. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 38, n. 4, p. 126-9, 2011.

CAVALCANTE, A.B. *et al.* A prevalência de fibromialgia: uma revisão de literatura. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 46, n. 1, p. 40-8, jan./fev. 2006.

CECÍLIO, L.C.O. Autonomia versus controle dos trabalhadores: a gestão do poder no hospital. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, n. 2, p. 315-29, 1999.

CSORDAS, T. J.; CLARK, J. A. Ends of the line: diversity among chronic pain centers. **Social Science & Medicine**, v. 34, n. 4, p. 383-93, 1992.

DELLAROZA, M.S.G. *et al.* Dor crônica em idosos residentes em São Paulo, Brasil: prevalência, características e associação com capacidade funcional e mobilidade (Estudo SABE). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 2, p. 325-34, 2013.

DELLAROZA, M.S.G. *et al.* Caracterização da dor crônica e métodos analgésicos utilizados por idosos da comunidade. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 54, n. 1, p. 36-41, 2008.

DELLAROZA, M.S.G.; PIMENTA, C.A.M. Impacto da dor crônica nas atividades de vida diária de idosos da comunidade. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 11, n. 1, p. 235-42, 2012.

DELLAROZA, M.S.G.; PIMENTA, C.A.M; MATSU, T. Prevalência e caracterização da dor crônica em idosos não institucionalizados. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 5, p. 1151-60, Mai. 2007.

FABREGA, H.; MANNING, P. Disease, illness and deviant careers. In: Scott RA; Douglas JD (eds), **Theoretical perspectives on deviance**. New York: Basic Books; 1972. *apud* Bury M. Chronic illness as biographical disruption. **Sociology of Health and Illness**, v. 4, n. 2, p. 167-82, July 1982.

FAVORETO, C.A.O. A velha e renovada clínica dirigida à produção de um cuidado integral em saúde. In: PINHEIRO, R; MATOS, R.A. (Orgs.). **Cuidado: As fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ/ABRASCO, 2005.

FERNANDES, A.F.C; MAMEDE, M.V. O surgimento do câncer de mama na visão de um grupo de mulheres mastectomizadas. **Texto e Contexto Enfermagem**, v.13, n. 1, p. 35-40, 2004.

FIALHO, A.V.M, SILVA, R.M. Câncer de mama: o pensar e o fazer das mulheres. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 57, n. 2, p. 157-60, 2004.

FISCHER, M. Da antropologia interpretativa à antropologia crítica. In: **Anuário Antropológico/83**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1985.

FORMI, J.E. *et al.* Perfil sócio-demográfico e clínico de uma coorte de pacientes encaminhados a uma Clínica de Dor. **Revista Dor**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 147-51, abr./jun. 2012.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. 22 ed. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

GARCIA, B.T.; VIEIRA, E.B.M.; GARCIA, J.B.S. Relação entre dor crônica e atividade laboral em pacientes portadores de síndromes dolorosas. **Revista Dor**, v. 14, n. 3, p. 204-9, 2013.

GARCIA, J.B.S.; TORRES NETO, E. Atividade laboral em pacientes atendidos em um serviço ambulatorial de dor crônica. **Revista Dor**, São Paulo, v. 12, n. 3, p. 215-20, jul./set. 2011.

GASKELL, G. Entrevistas individuais e grupais. In: BAUER, M.W. e GASKELL, G. **Observação e coleta de dados sensoriais**: sons, imagens, sensações. Pesquisa Qualitativa com Texto, Imagem e Som: Um manual prático. Petrópolis: Vozes. 2002, p. 64-89.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. 1 ed., 13 reimpressão. Rio de Janeiro: LTC, 2008.

GOFFMAN, E. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4 ed. Rio de Janeiro: LTC, 1988.

GONZÁLEZ REY, F. **Pesquisa Qualitativa e Subjetividade**: os processos de construção da informação. São Paulo: Thomson Learnig, 2005.

GOOD, M.D. *et al.* **Pain as experience**: An anthropological perspective. Berkeley: University of California Press, 1992.

GUEDES, C.R.; NOGUEIRA, M.I; CAMARGO JR., K.R. A subjetividade como anomalia: contribuições epistemológicas para a crítica do modelo biomédico. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 4, p. 1093-103, 2006.

GUEDES, C.R.; NOGUEIRA, M.I; CAMARGO JR., K.R. Os sofredores de sintomas indefinidos: um desafio para a atenção médica. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 797-815, 2009.

GUIZARDI, F.L; PINHEIRO, R. Quando dádiva se transforma em saúde: algumas questões sobre a integralidade e o cuidado nas relações entre sociedade e Estado. In: PINHEIRO, R; MATOS, R.A. (Orgs) **Cuidado**: As fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ/ABRASCO, 2005.

HAGUETTE, T.M.F. **Metodologias qualitativas na sociologia**. 12 ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

HAHN, R.A. **Sickness and Healing**: An Anthropological Perspective. New Haven, CT: Yale University Press, 1995.

HERZLICH, C. A problemática da representação social e sua utilidade no campo da doença. **Physis**; v.1, n. 2, p. 25-26, 1991.

HELMAN, C.G. **Cultura, Saúde e Doença**. Trad. Eliane Mussmich. 2 ed. Porto Alegre: 1994.

HELFENSTEIN JUNIOR, M.; GOLDENFUM, M.A.; SIENA, C.A.F. Fibromialgia: Aspectos clínicos. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 58, n. 3, p. 358-65, 2012.

HOMANN, D. *et al.* Redução da capacidade funcional e exacerbação da dor durante o esforço do teste de caminhada de 6 minutos em mulheres com fibromialgia. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, São Carlos, v. 15, n. 6, p. 474-80, nov./dez. 2011.

ILLICH I. **A expropriação da saúde**: Nêmeses da medicina. Rio de Janeiro: Ed. Nova Fronteira, 1975.

JACKSON, J.E. Stigma, liminality, and chronic pain: Mind–body borderlands. **American Ethnologist.**, v. 32, n. 3, p. 332-53, 2005.

JACKSON, J.E. “After a while no one believes you”: Real and unreal pain. In: GOOD, M.D. *et al.* **Pain as experience**: An anthropological perspective. Berkeley: University of California Press, 1992 p. 138-68. cap. 6.

JAIME JÚNIOR, P. Um texto, múltiplas interpretações: antropologia hermenêutica e cultura organizacional. **RAE**, v. 42, n. 4, p. 72-83, out/dez. 2002.

JESUS, L.L.C; LOPES, R.L.M. Considerando o câncer de mama e a quimioterapia na vida da mulher. **Revista de Enfermagem UERJ**. v. 11, p. 208-11, 2003.

KIRMAYER, L.J.; YOUNG, A. Culture and somatization: clinical, epidemiological and ethnographic perspectives. **Psychosom Med**, v. 60, p. 420-30, 1998.

KITZINGER, J. Focus groups with users and providers of health care. In: POPE, C.; MAYS, N. (Org.). *Qualitative research in health care*. 2. ed. London: BMJ Books, 2000.

KLEINMAN, A. Pain and Resistance: The deligitimation and relegitimation of local worlds. In: GOOD, M.D. *et al. Pain as experience: An anthropological perspective*. Berkeley: University of California Press, 1992; p. 169-97. cap. 7.

KLEINMAN, A. What is specific to biomedicine? In: **Writing at the Margin: Discourse Between Anthropology and Medicine**. University of California Press. 1995; p. 21-40.

KRELING; M.C.G.D.; CRUZ, D.A.L.M.; PIMENTA, C.A.M. Prevalência de dor crônica em adultos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 59, n. 4, p. 509-13, jul./ago. 2006.

KRAYCHETE, D.C.; SAKATA, R.K. Uso e rotação de opioides para dor crônica não oncológica. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, v. 62, n. 4, p. 558-62, 2012.

KUGELMANN, R. The Psychology and Management of Pain: Gate Control as Theory and Symbol. **Theory and Psychology**, v. 7, n. 1, p. 43-65, 1997.

KURITA, G.P.; PIMENTA, C.A.M. Adesão ao tratamento da dor crônica e o *locus* de controle da saúde. **Revista Escola de Enfermagem USP**, v. 38, n.3, p. 254-61, 2004.

KURITA, G.P.; PIMENTA, C.A.M. NOBRE, M.R.C. Opióides e a cognição de doentes com dor crônica: revisão sistemática. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 54, n. 6, p. 529-36, 2008.

LACERDA, A.; VALLA, V.V. As práticas terapêuticas de cuidado integral à saúde como proposta para aliviar o sofrimento. In: PINHEIRO, R; MATOS, R.A. (Orgs.). **Cuidado: As fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ/ABRASCO, 2005.

LAGO-RIZZARDI, C.D.; TEIXEIRA, M.J.; SIQUEIRA, S.R.D.T. Espiritualidade e religiosidade no enfrentamento da dor. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 34, n. 4, p. 483-87, 2010.

LARAIA, R.B. **Cultura**: um conceito antropológico. 14ª edição. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2001.

LE BRETON, D. **Antropologie du corps et modernité**. Paris: PUF, 1995.

LERVOLINO, S.A; PELICIONI, M.C.F. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, v. 35, n. 2, p. 115-21, 2001.

LIMA, C.P.; CARVALHO, C.V. Fibromialgia: uma abordagem psicológica. **Aletheia**, n. 28, p. 146-58, 2008.

LIMA, M.A.G. **Clínica da dor**: sentidos e práticas no cotidiano dos espaços terapêuticos. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2005.

LIMA; M.A.G.; NEVES, R.; PIMENTA, C. Atitude frente à dor em trabalhadores de atividades ocupacionais distintas: uma aproximação da psicologia cognitivo-comportamental. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 10, n. 1, p. 163-73, 2005.

LIMA, M.A.G; TRAD, L.A.B. A dor crônica sob o olhar médico. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n.11, p. 2672-2680, nov. 2007.

LIMA, M.A.G; TRAD, L.A.B. Dor crônica: objeto insubordinado. **História, Ciências, Saúde**, Manguinhos, Rio de Janeiro, v.15, n. 1, p. 117-33, jan./mar. 2008.

LIMA, M.A.G; TRAD, L.A.B. “Circuloterapia”: uma metáfora para o enfrentamento da dor crônica em duas clínicas de dor. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 217-36, 2011.

LUZ, M.T. Fragilidade social e a busca de cuidado na sociedade civil de hoje. In: PINHEIRO, R; MATOS, R.A. (Orgs) **Cuidado**: As fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ/ABRASCO, 2005.

MACHADO, F.R.S; PINHEIRO, R; GUIZARDI, F.L. As novas formas de cuidado integral nos espaços públicos de saúde. In: PINHEIRO, R; MATOS, R.A. (Orgs.). **Cuidado**: As fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ/ABRASCO, 2005.

MARLOW, L.A.V; WALLER, J.; WARDLE, J. Variation in blame attributions across different cancer types. **Cancer Epidemiol Biomarkers Prev**. v. 19, n. 7, p. 1799–1805, jul. 2010.

MARTA, I.E.R. et al. Efetividade do Toque Terapêutico sobre a dor, depressão e sono em pacientes com dor crônica: ensaio clínico. **Revista Escola de Enfermagem USP**, v. 44, n. 4, p. 1100-6, 2010.

MARTÍNEZ, M.A.A. Teoria da Subjetividade de Rey: uma expressão do paradigma da complexidade na psicologia. In: REY, F. *et al.* **Subjetividade, Complexidade e Pesquisa em Psicologia**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2005.

MARTINEZ, J.E; PANOSSIAN, C; GAVIOLI, F. Estudo comparativo das características clínicas e abordagem de pacientes com fibromialgia atendidos em serviço público de reumatologia e em consultório particular. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 46, n. 1, p. 32-36. jan/fev. 2006.

MARTINS, A. Biopolítica: o poder médico e a autonomia do paciente em uma nova concepção de saúde. **Interface**, v. 8, n. 14, p. 21-32, 2004.

MATTA, A.P.C; MOREIRA FILHO, P.F. Sintomas depressivos e ansiedade em pacientes com cefaléia do tipo tensional crônica e episódica. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, v. 61, n. 4, p. 991-4, 2003.

MATTOS, R.S.; LUZ, M.T. Quando a perda de sentidos no mundo do trabalho implica dor e sofrimento: um estudo de caso sobre fibromialgia. **Physis**, v. 22, n. 4, p. 1459-84, 2012.

MCGUIRE, M.B. **Ritual Healing in Suburban America**. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press, 1991.

MELLA, L.F.B; BÉRTOLO, M.B; DALGALARRONDO, P. Sintomas depressivos em pacientes com artrite reumatoide. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 32, n. 3, set. 2010.

MELO, L.F.; DA-SILVA, S.L. Análise neuropsicológica de distúrbios cognitivos em pacientes com fibromialgia, artrite reumatóide e lúpus eritematoso sistêmico. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 52, n. 2, p.175-88, 2012.

MENDES GONÇALVES, R.B. **Práticas de saúde e tecnologia**: contribuições para a reflexão teórica (Série de Desenvolvimento de Serviços de Saúde, n. 6). Brasília: OPS, 1988. 68p.

MENDES GONÇALVES, R.B. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde**: Características tecnológicas de processos de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo: Editora Hucitec/ABRASCO, 1994.

MERCANTE, J.P.P. *et al.* Depression in chronic migraine. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, v. 63, n. 2-A, p.217-220, 2005.

MERHY, E.E. **O processo de trabalho em saúde**. Notas da Conferência. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 27 de abril, 2004.

MERHY, E.E. *et al.* Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia-a-dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: Merhy, E.E.; Onocko, R. (Org.). **Agir em Saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997, p. 113-150.

MINAYO, M.C.S. Saúde e doença como Expressão Cultural. In: AMÂNCIO FILHO, A.; MOREIRA, M.C.G.B. **Saúde, trabalho e formação profissional**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ. 1997, p. 31-39.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 6 ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1999.

MINOSSI, J.G; MINOSSI, V.V.; SILVA, A.L. Manejo da dor inguinal crônica pós-hernioplastia (inguinodinia). **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 38, n. 1, p. 59-65, 2011.

MORI, V.D; REY, F.G. A saúde como processo subjetivo: uma reflexão necessária. **Psicologia: teoria e prática**, v. 14, n. 3, p.140-52, 2012.

MORIN, E. **Ciência com consciência**. 8 ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2005.

NASCIMENTO, D.C.H.; SAKATA, R.K. Dependência de opioide em pacientes com dor crônica. **Revista Dor**, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 160-5 abr./jun. 2011.

NICÁCIO, F. **O processo de transformação da Saúde Mental em Santos: desconstrução de saberes, instituições e cultura**. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais), Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 1994.

NEGROMONTE; M.R.O.; ARAUJO, T.C.C.F. Impacto do manejo clínico da dor-avaliação de estresse e enfrentamento entre profissionais de saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 19, n. 2, mar./abr. 2011.

NEUBERN, M.S. Prática social, hipnose e dor crônica: Alternativas de compreensão. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 17, n. 4 p. 597-606, out./dez. 2012.

OLIVEIRA, J.T. Aspectos comportamentais das síndromes de dor crônica. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, v. 58, n.2-A, p. 360-5, 2000.

OLIVEIRA, M.A.C; EGRY, E.Y. A historicidade das teorias interpretativas do processo saúde-doença. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, v. 34, n. 1, p. 09-15, mar. 2000.

OLIVEIRA, W.S.; MORAES, N.; SANTOS, F.C. Vitamina D e dor crônica em idosos. **Revista Dor**, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 223-5, jul./set. 2013.

ORTEGA, F. **Biopolíticas da saúde**: reflexões a partir de Michel Foucault, Agnes Heller e Hannah Arendt. **Interface**, v. 8, n.14, p. 09-20, 2005.

PEREIRA, S.G. *et al.* D. Vivências de cuidados da mulher mastectomizada: uma pesquisa bibliográfica. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 59, n. 6, p. 791-5, nov./dez. 2006.

PEREIRA; F.S.; RABELO, G.D. Aspectos psicológicos envolvidos no processo de cronificação algica. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 32. n. 1, p.19-20, 2003. PERES, M.F.P. *et al.* A importância da integração da espiritualidade e da religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 34, n. 1, p. 82-7, 2007.

PIMENTA, C.A.M. *et al.* Dor crônica e depressão: estudo em 92 doentes. **Revista Escola de Enfermagem USP**, v. 34, n. 1, p. 76-83, mar. 2000.

PIMENTA, C.A.M. Dor crônica, terapia cognitiva comportamental e o enfermeiro. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 28, n. 6, p. 288-294, 2001.

PINHEIRO, R.; GUIZARD, F.L. Cuidado e integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. In: PINHEIRO, R; MATOS, R.A. (Orgs.). **Cuidado**: As fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ/ABRASCO, 2005.

PINHEIRO, R.; MATOS, R.A. (Orgs.). **Cuidado**: As fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ/ABRASCO, 2005.

QUEIROZ, E.F. Dor e gozo de Freud a Lacan. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 15, n. 4, p. 851-67, dez. 2012.

QUILL, T.E.; BRODY, H. Physician recommendations and patient autonomy: finding a balance between physician power and patient choice. **Ann. Intern. Med**, v. 125, p.763-9, 1996. *apud* CAMARGO JR., K.R. Epistemologia numa hora dessas? (Os limites do cuidado). In: PINHEIRO, R; MATOS, R.A. (Orgs.). **Cuidado**: As fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ/ABRASCO, 2005b.

RHODES, L.A. *et al.* The power of the visible: the meaning of diagnostic tests in chronic back pain. **Soc Sci Med**, v. 48, p. 1189-1203, 1999.

ROCHA, C.E.D. *et al.* Melhora da qualidade de vida de pacientes com dor neuropática utilizando de monitorização ambulatorial. **Revista Dor**. São Paulo, v. 12, n. 4, p. 291-6, out./dez. 2011.

RUVIARO; L.F.; FILIPPIN, L.I. Prevalência de dor crônica em uma Unidade Básica de Saúde de cidade de médio porte. **Revista Dor**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 128-31, abr./jun. 2012.

SADATSUNE, E.J. *et al.* Dor crônica pós-operatória: fisiopatologia, fatores de risco e prevenção. **Revista Dor**, v. 12, n. 1, p. 58-63, jan./mar. 2011.

SALVETTI, M.G; PIMENTA, C.A.M. Dor crônica e a crença de auto-eficácia. **Revista Escola de Enfermagem USP**, v. 41, n. 1, p.135-40, 2007.

SANCHES, L.M.; BOEMER, M.R. O convívio com a dor: um enfoque existencial. **Revista Escola de Enfermagem USP**, v. 36, n. 4, p. 386-93, 2002.

SANTOS, F.C. *et al*; Programa de autogerenciamento da dor crônica no idoso: estudo piloto. **Revista Dor**, São Paulo, v. 12, n. 3, p. 209-14, jul./set. 2011.

SANTOS, R.A. **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.

SARDÁ JUNIOR, J.J. *et al*, 2012. Preditores biopsicossociais de dor, incapacidade e depressão em pacientes brasileiros com dor. **Revista Dor**. São Paulo, v. 13, n. 2, p. 111-8, abr-jun 2012.

SILVA, D.S.; ROCHA, E.P.; VANDENBERGHE, L. Tratamento psicológico em grupo para dor crônica. **Temas em Psicologia**, v. 18, n. 2, p. 335-43, 2010.

SOARES, J.C.R.S. **A autonomia do paciente e o processo terapêutico**: uma tecedura complexa. 2001. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva), Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2001.

SOARES, J.C.R.S; CAMARGO JR. K.R. A autonomia do paciente no processo terapêutico como valor para a saúde. **Interface**, v. 11, n. 21, p. 65-78, jan./abr. 2007.

SOUZA, J.B. Poderia a atividade física induzir analgesia em pacientes com dor crônica? **Revista Brasileira de Medicina e Esporte**, v. 15, n. 2, mar./abr. 2009.

STEDMAN, T.L. **Dicionário Médico**. 25ª EDIÇÃO. Rio de Janeiro: Guanabara/Koogan, 1996.

THOMPSON, J.B. **Ideología y cultura moderna**. Teoría crítica e social em la era de La comunicación de masas. Universidad Autónoma Metropolitana. México: 2002.

TOFOLI, L.F.; ANDRADE, L.H.; FORTES, S. Somatização na América Latina: uma revisão sobre a classificação de transtornos somatoformes, síndromes funcionais e sintomas sem explicação médica. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 33, n. 1, p. 59-69, 2011.

TRAD, L.A.B. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3; p. 777-796, 2009.

TURNER, V. **O processo ritual**: estrutura e antiestrutura. Petrópolis: Vozes, 1974.

VLAINICH, R. *et al.* Avaliação do custo do medicamento para tratamento ambulatorial de pacientes com dor crônica. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, v. 60, n. 4, p. 402-5, 2010.

WALDRAM, J.B. The Efficacy of Traditional Medicine: Current Theoretical and Methodological Issues. **Medical Anthropology Quarterly**, v. 14, n. 4, p. 603-625, 2000

WEBER, M. **Metodologia das Ciências Sociais**. Marx Weber (parte 2). São Paulo: Cortez, 2001.

ZATTI, V. **Autonomia e educação em Immanuel Kant e Paulo Freire**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2007.

ANEXO A

ROTEIRO DE DISCUSSÃO DOS GRUPOS FOCAIS

- O que esses trechos e as experiências de vocês fazem vocês pensarem sobre a dor crônica?
- O que é dor crônica para vocês hoje?
- Para vocês, como se explica o surgimento da dor?
- Quem é o paciente com dor crônica?
- Como a dor e o cuidado da dor crônica afetam a vida do paciente?
- Os pacientes adotam estratégias de autocuidado? Quais? Quais objetivos eles assumem nessas estratégias?
- Quais os objetivos e metas terapêuticas do Ambdor?
- Qual a relação entre o seu trabalho e as práticas de cuidado assumidas pelos pacientes?
- Como acontece o trabalho interdisciplinar no Ambdor?
- Que sentido a dor tem para o paciente?
- Qual sentido da dor crônica tem sentido para você?
- A visão de vocês sobre o tratamento mudou com o trabalho desenvolvido aqui?

ANEXO B

TRECHOS DE NARRATIVAS DE PACIENTES DO AMBDOR PARA INTRODUIZIR AS DICUSSÕES DOS GRUPOS FOCALIS

Trecho 1: “Porque meu sono nunca completa a noite, tem hora no meio do caminho que eu acordo não dá mais pra dormir, sinto muita câibra, muita câibra, sinto muita dor dormindo, cada virada, cada movimento que é realmente se tivesse ... Se dissesse assim: tem um chip para colocar, um negócio que não vai sentir dor, meu Deus do céu, eu dizia coloque em mim(...) só pra me botar pra ficar boa, mas o povo diz que não tem cura, que no nome já tá dizendo crônica que não tem cura, que não tem cura, eu digo esses... tudo bem que não tem cura agora na minha mente que eu não vou colocar... Eu não acredito que tenho, eu sei que tenho, mas eu não quero acreditar que eu tenha essa doença (é..) eu preciso trabalhar na minha mente que eu tenho a doença, mas eu não quero, eu sei que tenho, mas eu não quero.” (Dalva, 38 anos)

Trecho 2: “Porque já que eu não estou fazendo nada, era pra eu estar melhor, porque muita gente no começo dizia que eu era teimosa porque eu tentava fazer alguma coisa. Mas eu não aguento fazer nada (...) Uma vez, um médico falou, que eu, foi até, não sei se foi Dr. Antônio, falou que, que eu tinha que aprender a lidar com limitações. A conviver com limitações. E eu acho tão difícil você tá sem fazer nada e a dor surge. E eu tenho um irmão, meu irmão mais velho chamado José, ele não entende. Ele acha que eu fiz alguma coisa que a dor só aparece... Tem que ter uma questão. Tem que ter um motivo. Eu falei não. Que às vezes eu estou dormindo e aparece. Ou, às vezes, num ônibus e sentada ali e aparece (...) Não tenho um porquê. Que meu irmão sempre fala: “Ah, tem que ter uma origem, tem que ter um porquê”. E eu sempre tento dizer a ele que não tem que ter um porquê. Não tem. Eu não consigo entender o porquê começou a doer.” (Dora, 44 anos)