

Nick Potter

«O homem que me ensinou a respirar.»

Sir Elton John

O SIGNIFICADO
DA
DOR

COMO ACABAR COM O STRESS,
A ANSIEDADE E A DOR
E ALCANÇAR O BEM-ESTAR

• • • • • **Inclui exercícios para combater** • • • • •
o stress e a dor crónica

mo g a i s

ÍNDICE

Introdução	13
1. O que é a dor?	23
2. Quando a dor se torna um hábito	43
3. Bem-vindo à vida no planeta stress	61
4. Como o stress nos faz sofrer	91
5. A epidemia silenciosa	111
6. A escada de Jacob	133
7. Fantasmas na máquina	165
8. O sopro de vida	191
9. Rumo a um futuro sem dor	209
Referências	243
Leituras adicionais	259
Agradecimentos	263
Índice remissivo	265

INTRODUÇÃO

«É muito mais importante conhecer a pessoa que tem a doença do que a doença que a pessoa tem.»

HIPÓCRATES

Eu gosto sempre de saber o motivo por que alguém decide escrever um livro — o que o impele a fazê-lo e se tem uma ligação direta com o tema a nível profissional ou através de uma experiência pessoal. No que toca à dor, julgo que tenho ambas.

Profissionalmente, sou um especialista em osteopatia, e, durante os meus 27 anos de prática clínica, centenas de pacientes confiaram-me os seus problemas e os seus corpos. Agora dirijo uma clínica no Princess Grace Hospital em Londres, e antes disso estive 17 anos na London Spine Clinic, onde me especializei em doenças da coluna cervical, a região à volta do pescoço. Aí, fiquei conhecido como «Nick the Neck» («Nick, o Pescoço»), e tive muito orgulho nos meus resultados em reduzir em 80 por cento as cirurgias ao pescoço.

Depois de concluir a minha licenciatura em Medicina Osteopática em Londres, cedo percebi que, embora a universidade me tenha dado uma formação excelente e eu

tenha tido professores inspiradores, isso não era suficiente. Por isso, decidi obter mais formação, e trabalhei nos Estados Unidos, em França, na Austrália e na Alemanha. Exposto a uma grande variedade de abordagens médicas e não médicas em contextos culturais diferentes, construí gradualmente o meu leque de competências.

Nas duas últimas décadas, a minha vida tem estado dividida entre a minha clínica no hospital e o mundo a que chamamos ciência do desempenho, ou medicina do desempenho, que se foca na otimização do desempenho, particularmente no desporto. No final da década de 1990, quando o Chelsea Harbour Club foi inaugurado em Londres, alguns de nós montámos uma clínica médica desportiva chamada Total Health, onde adotámos uma abordagem multidisciplinar à saúde e ao *fitness* que foi bastante revolucionária para a época.

Em seguida, em 1999, integrei o Institut Biomédical Sports et Vie (IBSV), criado pelo Dr. François Duforez, que foi o médico do piloto de Fórmula 1 Alain Prost. Com sede em Paris, o IBSV (mais tarde rebatizado Vielife) realizou avaliações aos condutores para melhorar o seu desempenho, e no âmbito deste processo rapidamente nos apercebemos da importância dos dados e da construção de tendências nos campos menos óbvios do sono, stress, viagens globais, nutrição, exposição à luz, mentalidade e por aí em diante. Aquilo que não tínhamos na altura era o *Bluetooth* e a tecnologia *wireless* para monitorizar estas tendências de forma mais regular e precisa — isso viria a revelar-se um momento de viragem. Contudo, mesmo sem estes auxiliares digitais, depressa percebemos que aquilo que estávamos a aprender sobre o tratamento dos atletas de elite, particularmente no que dizia respeito ao stress, poderia ter uma aplicação muito

mais abrangente — particularmente no mundo empresarial. Começámos a desenvolver um conjunto especial de avaliações para pessoas que operam em ambientes executivos de elevado stress sob a noção de «atleta corporativo». E — ocorrendo isto nos frenéticos primeiros anos da década de 2000 — não demorou muito até que CEO e membros de conselhos de administração que padeciam de problemas semelhantes aos que afetavam os atletas de elite começassem a procurar a nossa ajuda. Tal como os atletas de topo, as pessoas que desempenham funções a nível executivo em empresas de stress elevado podem facilmente ficar isoladas dos seus colegas e ter de esconder o stress que sentem para que não indicie fraqueza. Isto tem o seu preço e manifesta-se na fisiologia, algo que aprendemos a medir. As duas queixas mais comuns tinham que ver com problemas de sono e de dor musculoesquelética. Em última análise, ambos eram causados pelo stress. Eu ainda uso esta aplicação atualmente — em particular, nos últimos anos, ao trabalhar com um fundo de cobertura importante, em que analisei o impacto do stress nos investidores e a forma de o gerir.

Essa experiência inicial de trabalhar em medicina do desempenho — que também incluiu períodos com as equipas de Fórmula 1 Jordan, Jaguar e McLaren, bem como entre a elite do golfe, ténis e atletismo — proporcionou-me uma série de coisas. Satisfez a minha obsessão por observar pessoas, dado que implicou descobrir aquilo que realmente motiva os humanos. E mostrou-me que todos os atletas são diferentes, e, portanto, um programa geral de treino nunca seria suficiente. Percebo agora que estávamos muito à frente do nosso tempo, e eu tive a sorte extraordinária de trabalhar com peritos demasiado inovadores. Isto também influenciou grandemente a forma como trabalho num contexto clínico.

Quando iniciei a prática clínica, a osteopatia era vista por alguns como muito «alternativa» e «complementar», e até mesmo como tendo um manto de charlatanismo e vigarice. Com efeito, os médicos de família podiam ser punidos por encaminharem um paciente para um osteopata. Oh, como as coisas mudaram! Com o passar dos anos vi os seus princípios serem adotados pela comunidade médica e contribuí um pouco para a introdução da sua «arte científica» num ambiente muito médico e tradicional. Muitas das novas técnicas de imagiologia e investigação que foram desenvolvidas ao longo dos últimos anos não só apoiaram como, de facto, comprovaram os princípios e a eficácia da filosofia osteopática e das suas técnicas.

Dito isto, estou fortemente convicto de que, com o intuito de nos tornarmos «reconhecidos» pela comunidade ortodoxa, nós, enquanto profissionais, não devemos perder qualquer parte da filosofia que nos tem distinguido da medicina moderna medicamentosa e de base cirúrgica e colocado em posição de vantagem sobre ela. Nos últimos anos, tenho assistido a um movimento pendular na abordagem da medicina moderna. Ela passou de uma profissão impelida pela tecnologia, uma profissão de cirurgia laparoscópica e medicamentos inteligentes, para uma que está agora cada vez mais desconfiada de qualquer tipo de intervenções, devido a ter percebido que muitas delas, retrospectivamente, não funcionam ou não são, em termos de cura, melhores do que o tempo. Em grande medida, o modelo intervencionista antigo nasceu da necessidade de reduzir custos no nosso sistema de saúde e de descobrir o que era eficaz a curto prazo em vez daquilo que realmente funcionava. Esse modelo foi impelido por uma reivindicação, ao estilo das dos consumidores, por parte dos pacientes para serem

curados e pelo reconhecimento por parte das empresas farmacêuticas e de materiais cirúrgicos de que havia algures uma procura empolgante à espera de ser satisfeita. Mas o que eles não perceberam é que o corpo humano depende de sistemas que não funcionam de forma isolada, mas que estão intrinsecamente ligados numa rede com uma infinidade de conexões, no interior de um ser único e consciente. Isto é sobretudo verdadeiro no campo da dor.

Então, porque é que um jovem de 20 anos de um meio privilegiado e muito tradicional seguiu uma profissão tão incerta? Por que motivo segui eu «a estrada menos percorrida», como disse Frost?

Eu estudei numa escola profundamente competitiva no norte de Londres, onde me ensinaram a ser curioso, a desenvolver o gosto pelo conhecimento e a questionar sempre aquilo que sabemos. O ambiente competitivo e um medo saudável do fracasso, apesar de cansativos, significavam que nunca podíamos saber o suficiente. Esta é uma atitude que permaneceu comigo desde então, e, como a minha mulher lhe dirá, eu continuo a ser cansativo. Também suspeito fortemente de que, caso o diagnóstico já existisse naquele tempo, eu teria sido descrito como tendo perturbação de hiperatividade e défice de atenção (PHDA).

Algo que me afetou bastante durante os meus últimos anos na escola foi ter sofrido uma lesão nas costas; com efeito, foi um fator que contribuiu para a minha decisão de me tornar osteopata. Sempre fui bastante desportivo na escola, ainda que fosse um tipo bastante gorducho, até que perdi o peso em excesso quando tinha cerca de 16 anos. Por essa altura, jogava muito rãguebi em competições, e durante o meu último ano capitaneei com orgulho a equipa da minha escola no campeonato nacional. Joguei a pilar na

primeira linha, e ser constantemente comprimido por cerca de 250 quilos de juventude a lutar pela bola num ângulo desconfortável começou a provocar-me episódios recorrentes de lombalgia aguda que viriam a incapacitar-me. Tentei prosseguir apesar da dor, mas acabei por ser encaminhado para duas pessoas que me ajudaram enormemente a geri-la: um brilhante fisioterapeuta cego que perdera a visão no *Blitz* na Segunda Guerra Mundial, o Sr. Berry (mais tarde, viria a trabalhar com ele e a ser grandemente influenciado por ele), e um osteopata, cuja capacidade para me avaliar através de simplesmente observar a minha movimentação e palpar o meu corpo era extraordinária.

Ambos ficaram muito preocupados com a razão pela qual um rapaz de 18 anos estava a ter este tipo de problemas e recomendaram-me fazer um raio X. O exame mostrou que eu já tinha há algum tempo uma pequena, mas desagradável, fratura em dois sítios diferentes. Também tinha danos significativos nos discos, como mais tarde vim a descobrir, que naquela altura não surgiram no raio X. Muitos anos depois, estou estruturalmente curado, e, desde que me mantenha forte, magro e ativo, fico bem. Contudo, ainda posso ter dor. Porquê? Essa é a pergunta muito importante à qual tentarei responder, entre muitas outras, neste livro.

A propósito, referi que era gordo enquanto criança porque também isso tem sido formativo na minha abordagem à vida e ao meu trabalho. Detestei ser gordo, mas gostava ainda mais de comida, e fui ficando insensível a todo o tipo de provocações com que me deparava. A minha reação habitual era esmurrar os indivíduos em questão, dado que eu tendia a ser maior do que eles, e isso encerrava o assunto. No entanto, é espantoso como este tipo de dano mental e emocional permanece connosco.

Há alguns meses, estava parado no trânsito num semáforo perto de casa, mesmo ao lado de uns campos de jogos. Olhei para lá e vi, ao longe, um jovem professor de Educação Física, provavelmente um estudante em ano sabático, a escolher dois capitães de um grupo de alunos de 11 anos. Ao observar enquanto os dois favoritos de aspeto presunçoso escolhiam as suas equipas, um rapaz após o outro, senti um aperto no peito e uma tensão no maxilar. Na minha mente, fui transportado diretamente de volta para os meus dias de escola, para quando era um dos que esperava ser escolhido e ficava tomado pelo medo à medida que o número de opções diminuía e eu sabia que ficaria para o fim — eu, o gorducho, com o Josh, também conhecido por «caixa-de-óculos-lingrinhas», ao meu lado. A ignomínia de ser sempre o último era bastante dolorosa. E ali estava eu, quarenta anos depois, com o nauseabundo medo de falhar ainda presente. Na verdade, fui de tal modo acochado por esta emoção que fui dominado pela necessidade de explicar ao treinador o efeito da técnica dele nos dois rapazes que inevitavelmente ficavam para o fim. Por isso, estacionei, corri até lá e fiz exatamente isso.

Estando à espera de que ele me dissesse para me pôr a andar, fiquei agradavelmente surpreendido quando a minha sugestão foi aceite com um grato interesse. O jovem era um professor em formação e não se tinha apercebido do efeito das suas ações. Acho que também se deu conta de quão profundamente arreigada era a minha emoção — de tal forma que eu interrompi o meu dia, estacionei o carro ilegalmente e percorri toda a extensão do campo para expressar o meu ponto de vista. Sugeri-lhe simplesmente que, ao fazer o pequeno esforço de dividir ele próprio o grupo ao meio — dando o seu melhor para, a olho, formar

duas equipas de força aproximadamente igual, e efetuando pequenos ajustes onde fossem necessários —, no futuro pouparia a muitos miúdos o sofrimento de serem aqueles que não foram aceites no grupo desportivo ou social.

Caminhei lentamente até ao meu carro, a ruminar sobre o que acabara de fazer e a sentir-me ligeiramente satisfeito, mas também a aperceber-me de que, do nada, a minha região lombar começara a doer. Como já disse, tenho uma lesão nas costas desde sempre. Mas tem estado melhor nos últimos anos, desde que passei a geri-la e a conhecer as suas particularidades. E apercebi-me nessa altura de que estava a vivenciar aquilo de que tantas pessoas sofrem todos os dias — e aquilo de que sofrem muitos dos meus próprios pacientes —, a manifestação física crua da dor emocional. A minha mente encontrara o ponto fraco no meu corpo, o local onde a lesão existira anteriormente, para me oferecer uma pequena recordação de sentimentos antigos que eu conservara. A memória do meu medo no recreio permitiu que a memória da dor física viesse ao de cima; e, dado que é mais fácil aliviar a dor física, ela é muitas vezes substituída pela dor emocional.

Obriguei-me a fazer uma respiração lenta e profunda — e dei-me conta de que estava a sustê-la —, e dobrei-me para tocar nos dedos dos pés para confirmar que estava tudo bem ali em baixo. E, à medida que continuei a caminhar, a dor simplesmente desapareceu. Esta experiência recordou-me gentilmente duas coisas: que a dor emocional está gravada nas nossas psiques de uma maneira que raramente ocorre com a dor física; e que todos nós somos produtos dos nossos ambientes e das nossas primeiras experiências, os quais influenciam todo o nosso comportamento futuro. A dor não é como uma doença, algo extrínseco que deve ser

combatido ou repelido, mas algo intrínseco e experiencial. Estou a contar esta história porque julgo que explica muitas das convicções que tenho agora acerca do motivo pelo qual sofremos; do motivo pelo qual a medicina e a ciência estão a «passar ao lado da questão» em muitas áreas; e do motivo pelo qual a dor crónica se tornou uma nova epidemia, para a qual ainda não temos respostas.

Neste livro, irei desenvolver estas ideias e discutirei a dor em todas as suas vertentes: o que é, por que motivo a sentimos e o que significa — o porquê de a dor estar no cerne do que significa ser humano. Também analisarei a relação entre stress e dor e apresentarei algumas ideias para refletir sobre como encaramos os nossos sintomas e o que podemos fazer para nos tratarmos a nós próprios.

CAPÍTULO 1

O QUE É A DOR?

«Suspiros, choros, gritos escutei
ressoando no ar baço de estrelas.»

DANTE ALIGHIERI, *A DIVINA COMÉDIA*

Bate com o dedo do pé na mesa, entala os dedos na porta, acorda com problemas no pescoço ou nas costas por ter carregado móveis pesados — ou, pior, sente uma dor sinistra que poderá revelar-se um sintoma de algo verdadeiramente assustador. Ou talvez desenvolva uma dor que se desloca pelo corpo, e não tem qualquer ideia do que está a causá-la. Todos tememos a dor, acreditando — mesmo que não compreendamos a origem — que ela é sempre um prenúncio de más notícias. Faremos quase qualquer coisa para a evitar — ficamos na cama; evitamos atividades de que antes desfrutávamos; tomamos medicamentos que poderão causar dependência; até nos submetemos a cirurgias na esperança de que a dor intensa de curta duração que estas implicam alivie a agonia de longa duração.

Mas e se tudo aquilo que julgava saber sobre a dor e a sua origem viesse a revelar-se errado ou fosse apenas metade da verdade? E se eu lhe dissesse que a sua experiência da dor no momento presente pode, na verdade, estar relacionada

com as próprias origens do *Homo sapiens* — que ela pode ter evoluído como um aviso de perigo iminente?

Não se preocupe, não estou prestes a sugerir que a sua fratura no tornozelo está apenas na sua mente. Ela dói, claro que dói. Ninguém duvida disso. Mas sabemos agora que há muito mais acerca da experiência da dor do que apenas o osso partido, o disco danificado ou a pele esfolada. Aquilo de que estou a falar é o novo — mas agora bem comprovado — modelo biopsicossocial da ciência da dor. Nestas páginas esforçar-me-ei por explicar de forma tão clara quanto possível este conceito complexo, para o ajudar a reenquadrar o modo como sente a dor e incentivá-lo a agir para procurar novas maneiras de a abordar e curar, ou pelo menos de a aliviar.

Nem sempre será fácil encontrar a ajuda de que necessita, mas há profissionais esclarecidos no terreno. Pouco a pouco, uma comunidade de especialistas a trabalhar em conjunto está a crescer, providenciando abordagens novas e visionárias ao combate à dor. Até ao momento, o mundo do tratamento da dor, infelizmente, tem sido um mistério tanto para a comunidade médica e científica como para quem dela sofre. Isto tem sido particularmente verdade ao longo dos últimos 20 anos, durante os quais a medicina e a ciência têm sido impelidas predominantemente pelas indústrias farmacêuticas, que tenderam a adotar uma abordagem reducionista, minimizando as coisas a um nível molecular e celular, em vez de tomarem em consideração os múltiplos fatores que são a chave para a nossa compreensão da dor. Na maioria das situações, $A \text{ mais } B \text{ não é necessariamente igual a } C$.

Por isso, seja gentil consigo, pois não foi o leitor que não foi capaz de melhorar; o sistema que temos atualmente — o legado de anos de má gestão da dor — é que não foi capaz de o ajudar e de o educar.

O FANTASMA

Se vamos discutir a dor — e especialmente como superá-la —, então temos de começar por identificar o que ela é. A Associação Internacional para o Estudo da Dor define-a como «uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a dano tecidual efetivo ou potencial, ou descrita em termos desse dano». Ainda que algo rebuscado, é pelo menos uma definição razoavelmente precisa e reflete grande parte do nosso entendimento atual porque destaca alguns dos aspetos curiosos da dor que iremos abordar: que ela é em simultâneo uma experiência sensorial e emocional e que pode ser causada por dano tecidual tanto efetivo como potencial. Ou, imagine só, até por nenhum dano. Baralhado? Deixará de estar, prometo.

Uma coisa é inegável: a dor é desagradável. Porém, ela também é essencial: uma experiência colocada pela evolução e pela natureza para nos alertar do perigo. É ela que nos faz retirar o dedo de um prato quente, por exemplo, antes que cause algum dano. A natureza, sendo a mãe cruel que é, não quer saber do nosso contentamento ou bem-estar físico — simplesmente quer que tenhamos sucesso reprodutivo e que garantamos a sobrevivência dos nossos genes. Ela não tem a missão de nos fazer felizes. E, neste sentido, a dor é a nossa maior guardiã. Dor, náusea, tristeza, medo e ansiedade... existem para nos proteger dos danos de diferentes maneiras. Se os aceitarmos como uma parte necessária da vida, o nosso receio face a eles deverá, de alguma forma, ser apaziguado.

Mas o que dizer em relação ao facto mais desafiante de não ser necessário qualquer dano ou lesão física para a dor existir? De podermos sentir dor intensa e até incapacitante

sem nenhuma doença ou lesão estrutural discernível? Bons exemplos disto são a dor nas costas, a enxaqueca, a fibromialgia e a síndrome de fadiga crônica/EM (encefalomielite miálgica), as quais irei abordar em maior detalhe mais à frente, com algumas dicas úteis para os pacientes. Cada uma destas patologias causa um elevado grau de sofrimento: os sintomas surgem do nada e incapacitam quem deles sofre, e, no entanto, nada surge em análises ao sangue ou em exames de diagnóstico.

E, como se isso não fosse suficientemente espantoso, há muitos casos bem documentados de indivíduos que sofreram ferimentos graves, mas não mencionam qualquer dor; por exemplo, um veterano da Segunda Guerra Mundial que fez um raio X ao tórax que revelou uma bala alojada no seu peito há sessenta anos — sem qualquer efeito negativo.

Antes de prosseguir, sejamos muito claros. A sua dor é real; dói-lhe; e os sintomas a ela associados, como fadiga e ansiedade, também são reais. Nós, os clínicos, temos de nos lembrar de que um paciente está sempre a sentir exatamente tanta dor quanta a que refere, e a dor não tem de vir de uma origem tangível para ser um problema válido.

De que outro modo poderíamos explicar a síndrome de Couvade, uma patologia na qual se sabe que os homens sentem fisicamente alguns dos sintomas das suas parceiras grávidas, incluindo dores de parto? A dor pode ser um fenómeno partilhado. (Encontrará mais sobre isto mais adiante.)

Aquilo que estou prestes a explicar requererá algum processamento e saltos mentais, mas, se eu fizer o meu trabalho corretamente, irá mudar para sempre toda a sua mentalidade em relação à sua dor. O conhecimento e a percepção têm o poder de transformar, e na minha experiência

clínica constatei que a percepção muitas vezes pode ser mais útil às pessoas do que o conselho. Tal como diz o especialista em cuidados paliativos e dependência Dr. Gabor Maté: «Se adquirirmos a capacidade para nos analisarmos com honestidade, compaixão e com uma perspetiva clara, então podemos identificar o modo como necessitamos de cuidar de nós mesmos.»¹

De forma frustrante para mim e para os meus colegas clínicos na luta contra a dor, existem muito poucas palavras descritivas adequadas para descrever o conceito de dor e os seus elementos. Isto acontece, em parte, porque todos os processos sensoriais que se verificam no corpo e no cérebro, combinando-se para produzir dor, ocorrem a um nível inconsciente ou subconsciente. Sim, é verdade: somente quando o cérebro subconsciente decide que a informação que está a receber é suficientemente importante é que nos torna conscientemente cientes dela para que a sintamos como dor. Com efeito, na maioria das vezes, a dor é a manifestação consciente de uma multitude de respostas e processos que ocorrem a um nível neuropsicológico.

No entanto, diga seja o que for que contenha a palavra «psicológico» a um paciente e arrisca-se a ser mal interpretado como estando a insinuar que a dor dele está «toda na cabeça» ou, pior, que ele é neurótico ou piegas ou simplesmente louco — sendo que nada poderia estar mais longe da verdade.

Outra razão por que estamos tão mal preparados para explicar a dor é o facto de o nosso conhecimento atual acerca da dor ter apenas alguns anos. Até há pouco tempo, a medicina funcionava num mundo cartesiano. René Descartes (1596–1650) era o tipo do *Cogito ergo sum* (Penso, logo existo), um filósofo francês que escreveu extensivamente sobre

consciência e existência e que teve uma influência profunda na filosofia dos cuidados de saúde e da medicina. Foi um dos primeiros a introduzir a ideia de que a mente e o corpo eram entidades separadas, e este ponto de vista sobre a condição humana foi aceite até tão recentemente quanto a década de 1970.

A prática médica demora a mudar, e, lamentavelmente, no nosso sistema de cuidados de saúde existem ainda resquícios desta abordagem reducionista da mente em oposição ao corpo — isto é, uma abordagem que se apoia naquilo que é conhecido como o modelo biomédico, o qual se foca em fatores puramente biológicos e exclui influências psicológicas, ambientais e sociais. No entanto, atualmente, estamos cada vez mais a, como costume dizer, caminhar na direção de uma abordagem mais matizada e holística — o modelo biopsicossocial —, e isto deve-se em grande parte a um iluminado médico e psiquiatra americano chamado George Engel².

Em 1977, Engel criou o modelo biopsicossocial depois de observar que os médicos tendiam a ver a dor como uma entidade de doença separada do ser humano, algo causado por um fator externo. Ele também notou que os próprios pacientes, independentemente dos seus conhecimentos ou formação, tendiam a atribuir a sua enfermidade a algo que lhes acontecera, como uma infeção ou queda, e consideravam a dor como algo quase externo a eles próprios.

A teoria da dor como entidade separada era apelativa, pelo menos para alguns clínicos, dado que eliminava a necessidade de lidar com os elementos emocionais do problema de um paciente. Contudo, como Engel defendeu, a dor é claramente algo que faz parte de nós, e é impossível tratá-la sem olhar para ela de uma forma exaustiva e integrada.

ENTÃO, O QUE É O MODELO BIOPSIKOSSOCIAL?

Trata-se de uma abordagem médica que encara a dor como uma experiência que resulta da inter-relação profunda entre três domínios: biologia, psicologia e sociologia.

É só isso!

Uma frase simples a encapsular uma ideia monumental.

A biologia (genética, bioquímica), a psicologia (estado de espírito, personalidade, comportamento) e a sociologia (cultura, família, socioeconomia) são os três campos ou domínios que influenciam a nossa saúde mental e física. Quando se perde o equilíbrio entre estes três planos interligados, a dor e o sofrimento ocorrem. O sítio ideal para se estar é precisamente na interseção dos três círculos — aqui encontra um mundo livre de dor onde é capaz de lidar com todos os fatores internos e externos na sua vida (veja a Figura 3 da página 86). Temos de fazer malabarismo com eles, como se fossem pratos a girar em varas, gerindo-os a todos sem ficarmos cansados ou stressados, ou sem gastarmos demasiada energia. O nosso universo está equilibrado. No entanto, se não estivermos alegremente posicionados no centro dos três círculos concêntricos — se um dos três elementos estiver sob tensão ou, de alguma forma, dessincronizado —, então é provável que estejamos a padecer de dor. O desafio para qualquer médico é descobrir de que ponto do sistema a dor está a surgir.

Somos todos únicos e temos composições biológicas e genéticas extremamente diferentes. Isto, em conjunto com as experiências que temos e a influência exercida sobre nós ao longo da nossa vida, define a nossa capacidade para lidar com o nosso mundo. O grau a que estamos sensibilizados ou endurecidos pela vida depende de todos estes elementos

e de como eles interagem. E assim, sem surpresa, todos experienciamos a dor de maneira diferente.

Na década de 1980, John Loeser³, um neurocirurgião e investigador da dor sediado em Washington, Seattle, concebeu o seu «modelo tipo cebola» para demonstrar a tolerância e a experiência de dor de um indivíduo (veja a Figura 1 em baixo). Nele, a cebola representa a experiência de dor e as camadas que compõem a cebola contextualizam a dor. Curiosamente, através do seu trabalho em pediatria, Loeser aprendeu que até mesmo as experiências na infância podiam modelar a experiência de dor na vida adulta. Por exemplo, descobriu-se que os bebés prematuros, que têm de realizar regularmente mais exames médicos e procedimentos dolorosos do que aqueles que nascem a termo, são extrassensíveis à dor na vida adulta (analiso isto com mais detalhe no Capítulo 9). Também receiam mais a dor. Além disso, tem-se demonstrado que, devido às suas estadias mais prolongadas nos hospitais longe do amor e do contacto físico dos pais, eles associam a dor a sentimentos de perda.

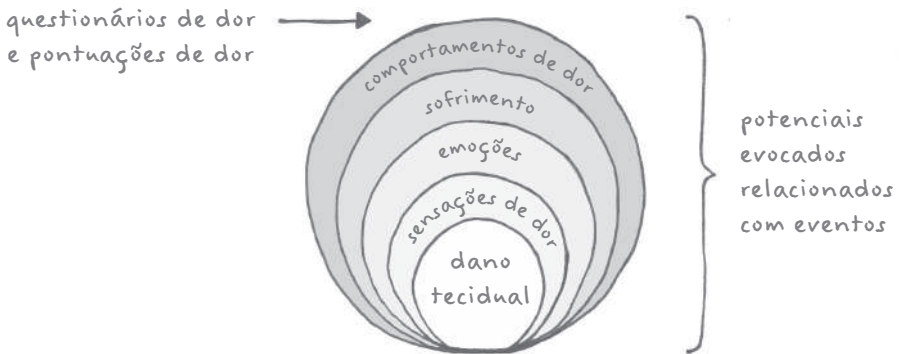


Figura 1. O «modelo tipo cebola», demonstrando a experiência de dor de um indivíduo.

A dor existe bem dentro de nós, e o clínico, através da história clínica e da análise, tem de descobrir qual a camada da «cebola da dor» que pode descascar primeiro para chegar à causa: como é que os elementos da dor estão a cancelar e a controlar um regresso ao normal? Podemos nunca vir a ser capazes de remover alguns elementos, mas oxalá possamos reduzir a sua importância ou simplesmente eliminar o fardo extra dos menos importantes, de modo que o paciente possa resistir mais uma vez.

A DOR COMO UMA DOENÇA DO SISTEMA NERVOSO

Lembra-se de eu ter dito que a dor ocorre principalmente a um nível neuropsicológico? Bem, o que quis dizer com isso foi que a dor existe predominantemente no sistema nervoso e em todas as suas partes. Na verdade, a dor poderia ser descrita como uma doença do sistema nervoso.

Sei que isto pode à partida parecer um desvio, mas vou usar aqui uma analogia para explicar como o sistema nervoso funciona. Ele é essencialmente um sistema de recolha de informação sofisticado, e neste ponto é bastante parecido com a CIA. Ambos os sistemas têm um quartel-general: para a CIA, é Langley, e, para o sistema nervoso, é o cérebro. O quartel-general da CIA é onde todas as decisões executivas são, em última análise, processadas e tomadas. E, para tomar estas decisões, o quartel-general depende de uma vasta rede de sistemas periféricos de monitorização (satélite, vídeo, áudio, relatórios de espiões, encriptação, etc.) que alimentam a central vindos de todo o mundo, sobretudo através de canais eletrónicos. Da mesma maneira, nervos por todo

o corpo conduzem as suas informações até ao cérebro por meio de impulsos elétricos através da medula espinal, que funciona como um cabo tronco ao canalizar as mensagens para o cérebro.

Olhemos agora para onde começa toda a recolha de informações, isto é, lá fora no terreno, onde equipas de agentes de campo, espões e informadores estão constantemente atentos a informação acerca de ameaças, potenciais ou reais; em termos corporais, estes tipos são os sensores na extremidade dos nervos, e são eles que iniciam a recolha de informação e que a irão reportar ao escritório local caso o burburinho esteja a ganhar impulso e possa resultar numa «história». Cabe então ao escritório local enviar alguma informação ao gabinete regional (a medula espinal), onde será avaliada em termos de prioridade e validade. Nesta fase, alguns quadros superiores poderão ser acordados para avaliar a situação, mas, se se decidir que se trata apenas de alguns habitantes locais insatisfeitos a discutir, em vez de alguma ameaça real em curso, então toda a gente volta para a cama.

Assim, como vê, em todo este sistema há uma hierarquia de paragens e verificações pelas quais os dados passam antes de serem transmitidos «de baixo para cima» e chegarem à atenção do quartel-general. Todos estes peritos em comunicação foram contratados pelas suas capacidades inatas, bem como pela experiência e pelo que foram aprendendo ao longo do caminho — qualquer «ruído», desinformação e «notícias falsas» têm de ser filtrados —, e, conseqüentemente, tomarão decisões instantâneas acerca do que é importante e do que não é.

Do mesmo modo, o sistema nervoso fará uma avaliação sobre o que submeter ao cérebro, baseando-se no contexto e na quantidade da informação recebida, bem como na

experiência passada. Todo o sistema nervoso se comporta como uma agência de informação bem afinada e bem oleada que nunca dorme, mesmo quando nós o fazemos.

O termo médico para tudo isto — o incrível sistema do corpo que reúne informação sobre a dor — é *nociceção*, e é crucial para compreender a dor. Como veremos, há uma grande diferença entre nociceção (que poderia traduzir-se como «o processo de deteção de estímulos nocivos») e a própria experiência consciente de dor. E, contudo, esta é uma área da ciência da dor que é mal compreendida por muitas pessoas, incluindo a maioria dos médicos, dado que lhe dedicam muito pouco tempo durante a sua formação.

Com o intuito de sobreviver às múltiplas ameaças à nossa existência, nós, humanos, desenvolvemos um leque extraordinário de sentidos e recetores especiais para nos alertarem para o perigo. Estes perigos podem surgir sob a forma de alterações químicas (internas ou externas), alterações térmicas (temperaturas extremas, climas secos ou húmidos), ou alterações mecânicas (invasão física, como acontece quando o nosso corpo é golpeado ou perfurado, talvez por uma facada ou picada de agulha).

Todos os nossos sentidos especiais são apoiados pela visão, audição, olfato e paladar, que podem informar ainda mais o cérebro em relação ao nível e grau da ameaça. Além disso, o nosso intrincado sistema de memória equipa-nos com a capacidade de não repetir a ação ou o acontecimento que nos magoou. Isto manifesta-se como medo, ansiedade ou evitação.

A nociceção é basicamente o processo neural de pegar na informação fornecida por todos estes sentidos e recetores

e codificá-la para comunicar e contribuir com informação para o cérebro acerca do potencial para causar dor. A informação fornecida pela nociceção não é por si só necessariamente suficiente para desencadear a percepção de dor. É o cérebro que, em última análise, decide isto, depois de ter processado a informação.

Para dar um exemplo: imagine que acaba de entalar um dedo ao fechar a porta do carro. Se a sua resposta reflexa for suficientemente rápida, retirará a mão, minimizando os danos nos tecidos. No entanto, o efeito de esmagamento será suficiente para iniciar a libertação de substâncias inflamatórias na pele e nos tecidos, irritando os seus pequeníssimos nervos. Os sensores nos nervos detetarão esta corrente de substâncias e dispararão impulsos até à medula espinal.

Nesta altura, a medula espinal avalia o nível de barulho que chega através destes nervos e, a princípio, fará duas coisas. Em primeiro lugar, dá início à resposta motora de retirar o dedo da fonte de dano para prevenir mais lesões. Em segundo lugar, transmite parte da informação ao cérebro como um relatório de acontecimentos, para que o cérebro possa tomar uma decisão acerca de quão grave é a lesão e o que necessita de fazer para o proteger. Por exemplo, será que necessita de enviar mensagens para o tecido danificado para que ele inche, cicatrize ou combata germes invasores? O cérebro também faz uma avaliação breve dos impactos da lesão a longo prazo — como é que ela irá afetar a sua capacidade para funcionar e executar as atividades diárias, que ameaça poderá ela representar para a sua sobrevivência a longo prazo. Estas avaliações são realizadas pelos centros do humor e da emoção (o centro límbico) do cérebro, bem como pelo córtex pré-frontal. Sabemos isto porque tem sido feita uma pesquisa ampla usando a tecnologia de

ressonância magnética funcional que tem observado estas partes do cérebro a «iluminarem-se» quando a dor se inicia. Em algumas experiências, têm sido estudados os efeitos de se administrar um estímulo doloroso, como *lasers* quentes na pele, em associação com emoções diversas ou medicamentos analgésicos. E o que estes estudos mostraram é que as áreas do cérebro que se iluminam variam consoante o estímulo.

Se o mecanismo de cura para o dedo magoado foi eficiente e os tecidos recuperaram, o ruído dos nervos locais acalma, a medula espinal perde o interesse e o cérebro deixa de estar agitado. A pessoa não se vai aperceber da dor e pode começar a usar novamente o dedo. Tudo está bem. No entanto, se a dor continuar passadas algumas horas, isto deixará o cérebro agitado, e ele continuará a sua avaliação. O cérebro analisará a lesão em termos de como ela o irá afetar a si e a todos os aspetos da sua vida — no trabalho ou ao cuidar dos filhos. *Terei de tirar um dia de folga, ou talvez uma semana? O meu chefe vai ficar furioso, a minha equipa conta comigo. Tenho um empréstimo para pagar, não me posso dar a este luxo.* Em função da sua avaliação, o cérebro, inteligentemente, poderá deprimir o seu estado de espírito de modo a abrandá-lo como medida de proteção. Nas planícies, em tempos idos, este tipo de abrandamento era importante: impedia-o, ou desencorajava-o, de continuar a usar uma parte do corpo lesionada e dava-lhe tempo para recuperar de uma infeção grave. Hoje é amplamente aceite que, como parte da nossa socialização desenvolvida e necessidade de comunidade, tal depressão ou humor em baixo é também uma maneira de mostrar aos outros do seu grupo social que está magoado e a necessitar de ajuda. Além disso, alerta-o para o perigo que reside em ficar isolado — atualmente traduz-se em «Porque é que o papá está rabugento?».

Mas — e eis o mais fantástico — mesmo no pior cenário, com o ruído da nociceção no volume máximo e todos os nossos recetores a dispararem como loucos, o corpo tem a capacidade para se curar a si próprio. E isto acontece porque possuímos bioplasticidade. Na verdade, somos *bioplásticos*: os sensores nos nossos recetores estão constantemente a ser substituídos ou modificados. Eles têm uma vida curta de apenas alguns dias, e, tal como os novos substituem os velhos, também nós podemos reverter ao nosso estado anterior. Por exemplo, através da fisioterapia, os mecanorrecetores (que são sensíveis ao movimento) mudam a sua sensibilidade e natureza à medida que o movimento é restaurado e o cérebro permite que o elemento de medo disperse.

O que isto significa é que o nosso estado de dor atual não é fixo. Pelo contrário: como podemos ter um efeito sobre a substituição desses sensores e a sua sensibilidade, *nós podemos alterar a nossa dor*.

Por exemplo, se torcer o tornozelo e romper o ligamento, sim, irá inchar e doer de imediato. Os sensores no ligamento e nos tecidos circundantes começarão a disparar todo o tipo de mensagens para a medula espinal acerca do estado do tecido e de quão gravemente ferido está. As substâncias libertadas pelas células danificadas irão vazar para os nervos sensitivos, que enviarão sinais, e a dor será sentida. Ela poderá ser suficientemente intensa para que fique a coxear e pare de usar a articulação para prevenir danos adicionais. Em contrapartida, e ao mesmo tempo, o cérebro mobilizará todas as substâncias inflamatórias e curativas e células necessárias para ativar a recuperação. Isto continuará ao longo de cerca de três semanas, durante as quais o inchaço irá diminuir por já não ser necessário, e, à medida que as células saram, a produção de substâncias que provocam

a sensação de dor irá diminuir. Os recetores necessários ao estado de alarme deixarão de ser necessários, e o cérebro deixará de responder.

À medida que começar a usar novamente o tornozelo, haverá uma fase de transição ao nível dos recetores. Quando suportar peso, o tornozelo dará a sensação de estar rígido à medida que os recetores de estiramento despertam, e mais recetores são produzidos pelas células para monitorizar e regular o movimento. Assim que o cérebro determinar que a carga e o movimento não são perigosos e não estão a causar mais danos, deixá-lo-á ser mais ativo. Os mecanorrecetores locais deixarão de ser recetores de alarme e passarão a ser de movimento e atividade.


Talvez tenha notado que não mencionei um tipo particular de recetor — os recetores de dor. Isto deve-se ao facto de não os termos! Também não temos quaisquer «nervos de dor» ou «vias de dor» ou «centros de dor».

E tal acontece porque, como sugeri anteriormente, a dor é aquilo que sentimos assim que o cérebro decidiu reparar nela — geralmente como resultado de perceber que o estímulo é realmente, ou potencialmente, perigoso e quando quer que percebamos que é necessário um qualquer tipo de resposta protetora. E a decisão do cérebro de reparar na dor é originada não apenas pelos sensores nos nossos tecidos, mas também pelas mensagens provenientes deles que são filtradas e adicionadas por outras partes do sistema nervoso, o qual avalia, modifica e decide se ela passará a ser um problema para nós. Os nossos corpos têm uma rede de estações que contribuem para uma «decisão» sobre se vai ou não «doer». Com efeito, apenas o cérebro pode verdadeiramente

experienciar a dor ou o sofrimento. Se precisar, tire um minuto para pensar sobre isto.

É, no entanto, ainda mais estranho, se eu neste momento fizesse um corte preciso através do seu crânio, abrisse a caixa craniana e espetasse um lápis no seu cérebro, não sentiria nenhum tipo de dor. Qualquer dor que sentisse não viria do tecido cerebral propriamente dito, mas dos recetores nociceptivos na pele, membranas e superfícies ósseas do crânio que o rodeiam. O tecido cerebral não possui quaisquer recetores nociceptivos. Na verdade, nós tiramos partido deste facto diariamente na neurocirurgia, quando muitas vezes os pacientes estão acordados durante uma operação, para ajudar o cirurgião a evitar áreas importantes de modo a não correr o risco de as cortar, o que seria catastrófico. É por esta razão que talvez seja surpreendente saber que os tumores cerebrais muito raramente apresentam um quadro clínico de dor de cabeça como sintoma principal. Somente quando o tumor comprime estruturas importantes, impedindo-as de funcionar corretamente, é que os primeiros sintomas, como alteração do humor ou epilepsia, tendem a ocorrer.

Existem duas explicações para a falta de sensação de dor no cérebro. Em primeiro lugar, o cérebro e a medula espinal desenvolvem-se em separado a partir dos nervos periféricos do corpo na fase embrionária, e, por isso, nenhum dos três tipos principais de nociceptores (mecânico, térmico e químico) existe no cérebro. Os antropólogos acreditam que a natureza provavelmente também decidiu que, quando tais recetores estivessem a ser disparados, já seria tarde demais de qualquer maneira, dado que o nível de danos no «centro de controlo da missão» seria demasiado elevado, e, assim, o espaço ocupado por estes recetores era mais bem aproveitado para outras funções.



O QUE É A DOR, PORQUE A SENTIMOS E COMO SUPERÁ-LA

Todos nós tememos a dor e fazemos quase tudo para a evitar. Deixamos de praticar atividades de que gostamos, tomamos medicamentos potencialmente viciantes e até poderemos considerar submeter-nos a cirurgias pensando estar a resolver o problema. Mas e se tudo o que achávamos saber sobre a dor estiver errado ou constituir apenas parte da verdade?

Embora a dor seja desagradável, ela é essencial — é a forma de o corpo nos alertar para o perigo — e muitas vezes é um sinal de que algo está desequilibrado na nossa vida. Invariavelmente, o stress, a ansiedade e as emoções desempenham um papel crucial na dor, corroendo sub-repticiamente a nossa saúde, e compreender isso é crucial para combater o problema.

Neste livro sábio e esclarecedor, Nick Potter, um renomado osteopata com 25 anos de experiência clínica, explica de que modo a dor está relacionada com fatores biológicos, psicológicos e sociais, apresentando uma nova abordagem radical para superar a dor.

**Um guia oportuno que o ensina a lidar
com a exposição permanente a situações de stress
e a reduzir o seu resultado mais frequente: a dor.**




«Nick Potter é um osteopata excepcional com uma capacidade extraordinária de saber de imediato o que tenho feito de errado fisicamente para sentir dor e como aliviá-la.»

Michael McIntyre, comediante



Penguin
Random House
Grupo Editorial

Saúde e Bem-Estar

 penguinlivros.pt
  penguinlivros

ISBN 9789896239015



9 789896 239015 >