

# Pain relief as a way to legitimate human rights

## *O alívio da dor como forma de legitimação dos direitos humanos*

Lívia Vieira Lisboa<sup>1</sup>, José Augusto Ataíde Lisboa<sup>2</sup>, Katia Nunes Sá<sup>3</sup>

DOI 10.5935/1806-0013.20160014

### ABSTRACT

**BACKGROUND AND OBJECTIVES:** Chronic pain is a complex and multidimension problem with consequences for its appreciation in different social segments. It is necessary to understand how human rights may provide basis for political health actions on the subject. This study aimed at evaluating how the legitimation of human rights to the access to chronic pain management is being dealt with.

**CONTENTS:** Research tools were literature review and documental analysis. Due to the qualitative model used, we decided to follow recommendations of the Standards for Reporting Qualitative Research, available in <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24979285>. Data were collected via Internet and statements, legislations and conferences related to human rights and health in chronic pain were included. Data were compared to national and international health policies, involving data from the Department of Health database. After analysis of human rights health promotion documents, we have identified that the Declaration of Montreal of 2010, developed by the International Association for the Study of Pain, has the foundations for political actions to manage and control chronic pain. Notwithstanding the participation of Brazil in support to this Declaration, there are still few concrete actions to implement strategies proposed by the model. We have also identified the major socio-economic impact of chronic pain on Brazilian contemporary society.

**CONCLUSION:** Chronic pain should be studied and managed as a public health problem and health policies need to support this human right with further efficiency.

**Keywords:** Chronic pain, Human rights, Right to health.

### RESUMO

**JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS:** A dor crônica é um fenômeno complexo e multidimensional, com consequências para sua valorização nos diferentes segmentos sociais. Faz-se necessário compreender como os direitos humanos podem fornecer bases para as ações políticas de saúde no tema. O objetivo deste estudo foi estudar como tem sido tratada a legitimação do direito humano do acesso ao tratamento da dor crônica.

**CONTEÚDO:** Utilizou-se revisão de literatura e análise documental. Devido ao modelo qualitativo empregado, optou-se por seguir as recomendações do *Standards for Reporting Qualitative Research*, disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24979285>. A coleta de dados foi realizada pela internet e foram incluídas declarações, legislações e conferências relacionadas ao tema de direitos humanos e de saúde na dor crônica. Os dados obtidos foram confrontados com as políticas nacionais e internacionais de saúde, envolvendo dados obtidos da base de dados do Ministério da Saúde. Após a análise dos documentos de direitos humanos de promoção à saúde, identificou-se que a Declaração de Montreal de 2010, elaborada pela *International Association for the Study of Pain*, apresenta os fundamentos para ações políticas para o tratamento e controle da dor crônica. Apesar da participação do Brasil no apoio a essa Declaração, ainda existem poucas ações concretas para implementação das estratégias propostas no modelo. Identificou-se também o elevado impacto socioeconômico da dor crônica para a sociedade contemporânea brasileira.

**CONCLUSÃO:** A dor crônica deve ser estudada e tratada como um problema de saúde pública e as políticas de saúde precisam respaldar com maior eficiência esse direito humano.

**Descritores** Direito à saúde, Direitos humanos, Dor Crônica.

### INTRODUÇÃO

A dor em si é difícil de ser entendida, diagnosticada e tratada. A Associação Portuguesa para o Estudo da Dor (APED), juntamente com o Ministério Público de Portugal e a Direção Nacional da Saúde, publicaram uma circular que define dor como o quinto sinal vital, trazendo suas formas de percepção, identificação e possibilidade de tratamento<sup>1</sup>.

A sensação da dor é diferente de pessoa para pessoa, mesmo quando há características e condições semelhantes<sup>2</sup>. Ocorre pelo caráter subjetivo da percepção dolorosa, pelas variações biológicas das respostas e atitudes frente à dor, dificuldades com instrumentos de avaliação, ausência de marcadores biológicos, subjetividade dos examinadores na interpretação de sinais e sintomas e interações de aspectos biop-

1. Universidade Católica de Salvador, Programa de Família na Sociedade Contemporânea, Salvador, BA, Brasil.

2. Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA, Brasil.

3. Universidade Católica do Salvador, Salvador, BA, Brasil.

Apresentado em 15 de setembro de 2015.

Aceito para publicação em 22 de janeiro de 2016.

Conflito de interesses: não há – Fontes de fomento: não há.

#### Endereço para correspondência:

Lívia Vieira Lisboa  
Av. Cardeal da Silva, 205 – Federação  
40231-902 Salvador, BA, Brasil.  
E-mail: [liviavieiralisboa@gmail.com](mailto:liviavieiralisboa@gmail.com)

sicossociais<sup>3-7</sup>. A dor é, portanto, um fenômeno complexo e multidimensional que exige atenção e cuidado interdisciplinar e interseccional<sup>1,7,8</sup>.

Apesar de, em condições agudas, a dor ser um sintoma transitório, fisiológico, útil à sobrevivência e relacionado a agentes nocivos causais, quando evolui para o estado crônico ela se torna uma morbidade em si e afeta grande parte da população mundial, com prevalência variando de 12 a 55%<sup>3,5</sup>. No Brasil, estima-se que mais de 40% da população sofra de dor crônica<sup>4,6,9</sup>, o que exige mais do que ações de saúde pública, e seu tratamento e alívio devem ser compreendidos como a legitimação dos Direitos Humanos<sup>8,10-12</sup>.

Na perspectiva do Direito à Saúde, integrante dos Direitos Sociais, que é parte dos Direitos Fundamentais, se faz necessária a proteção do sujeito quanto às suas necessidades básicas por parte dos Estados membros<sup>13,14</sup>. A necessidade de promoção de saúde no âmbito da dor crônica precisa produzir impactos positivos na qualidade de vida e na participação social das pessoas acometidas por esse fenômeno<sup>8</sup>. A maioria dos estudos nacionais, no âmbito da dor crônica, foi desenvolvida no campo disciplinar, gerando uma lacuna sobre o olhar interssetorial do problema, especialmente envolvendo o campo dos Direitos Humanos<sup>15</sup>.

O objetivo deste estudo foi estudar como tem sido tratada a legitimação do direito humano do acesso ao tratamento da dor crônica no Brasil.

## CONTEÚDO

Este estudo qualitativo observou os 21 itens específicos do *Standards for Reporting Qualitative Research (SRQR)*<sup>16</sup>, utilizados para pesquisas qualitativas (disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24979285>). A revisão de literatura foi realizada a partir da busca exploratória em *open journals*, nas bases de dados Pubmed, Scielo, LILACS e complementada nos Repositórios Institucionais (banco de dados de teses e dissertações), utilizando os descritores “pain”, “chronic pain”, “human rights”, “dor”, “dor crônica”, “direitos humanos”, sem delimitação de tempo e/ou idioma. Buscaram-se as produções científicas no website da *International Association for the Study of Pain (IASP)*, da Associação Portuguesa para o Estudo da Dor (APED) e da Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor (SBED).

A interdisciplinaridade entre os autores da área da saúde e direito fundamentou a construção do presente modelo, que permitiu uma avaliação por triangulação de métodos, que pode ser definida como “[...] um processo sistemático de fazer perguntas sobre o mérito e a relevância de determinado assunto, proposta ou programa”<sup>17</sup>. Após revisão de literatura buscando-se os conceitos e a importância do estudo da dor como um direito humano fundamental, os autores procederam à análise documental<sup>18-20</sup> preliminar dos documentos identificados, incluindo-se as características de data, contexto histórico e importância na temática dos documentos selecionados, no que tange à saúde, prevista pelos Direitos Humanos.

Estudaram-se alguns documentos que, ao longo da história dos Direitos Humanos, promovem o Direito à Saúde, de qualquer natureza, para então se chegar aos que efetivamente abordam o tratamento da dor como legitimação dos Direitos Humanos. Após sua análise e catálogo, por meio de uma leitura sistemática, buscou-se compreen-

der a proteção dos Direitos Humanos em relação ao Direito à Saúde. Foram destacados os artigos que traçam esse objetivo, colocados em uma tabela, em documento do *Microsoft Word*.

Confrontaram-se os itens recomendados na Declaração de Montreal, identificada como o documento que melhor se aplicava ao objetivo do presente estudo, com as políticas de saúde adotadas para indivíduos que sofrem de dor crônica no Brasil. Triangularizou-se o estudo a partir da comparação entre os documentos levantados e os dados adquiridos pelo DATASUS (disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=01>)<sup>16,21</sup>. Para operacionalizar tal análise documental, foram realizadas duas etapas: a primeira, com base no levantamento do conteúdo e análise crítica do documento; a segunda utilizando o critério de interpretação dos documentos<sup>17,18,20,21</sup>, observando as lacunas que exigem ações práticas para sua implementação.

Os dados obtidos no DATASUS<sup>21</sup>, a partir do sistema TABENET (disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>) e da Pesquisa Nacional em Estimativa de Saúde (PNES) foram selecionados por amostragem, observando o percentual estimativo de limitações na região corporal mais acometida por dor crônica no país – a coluna vertebral. Sobre esses dados foram observadas características por região do país em zona urbana, independentemente de gênero, cor, raça e classe social, com o intuito de efetivamente correlacionar, por meio da triangulação de métodos, o referencial teórico e a análise documental por amostragem.

Para se chegar à tabela 1, identificou-se no portal do DATASUS o item acesso à informação, e ao clicar no sistema TABENET, o próprio sistema traz algumas opções de dados disponíveis para tabulação: indicadores de saúde e pactuações; assistência à saúde; epidemiológicas e morbidades; rede assistencial; estatísticas vitais, demográficas e socioeconômicas; inquéritos e pesquisas; saúde suplementar; estatísticas de acesso ao TABENET e tutorial. Assim, escolhemos o indicador inquéritos e pesquisas, bem como, o “módulo Q”, módulo de doenças crônicas (por ser o objetivo do presente trabalho), onde foram identificados para a tabulação os itens: artrite/reumatismo, problema crônico de coluna, distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT), depressão e outros problemas mentais. Complementarmente, refinou-se a busca, selecionando-se indicadores de “região” e “situação urbana”, bem como de situações “não ativa” na coluna e “% de limitação intensa por problema de coluna” como conteúdo. Os dados trazidos são do ano de 2013, por esse período ser o único disponível.

A análise preliminar permitiu identificar os seguintes documentos relacionados ao tema: a Declaração de Direitos Humanos (1948)<sup>22</sup>, a Convenção Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais – Protocolo de São Salvador (1966)<sup>23</sup>, Acordo sobre Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual Concernente ao Comércio (TRIPS) (1994)<sup>24</sup>, Conferência Mundial sobre Direitos Humanos (1993)<sup>25</sup> e a Declaração de Montreal (2010)<sup>26</sup>. Desses documentos, identificou-se que a Declaração de Montreal (2010) deveria ser submetida a uma análise documental aprofundada para entender como e por que o acesso ao controle da dor é um Direito Humano Fundamental. Observou-se que a Declaração de Montreal de 2010 aborda especificamente o direito ao acesso ao tratamento da dor, nos artigos 1º, 2º e 3º (Tabela 1).

**Tabela 1.** Documentos de direitos humanos de promoção à saúde

Direitos humanos e saúde	Ano do documento	Artigos	Direitos à saúde em que perspectiva
Decreto de direitos humanos	1948	3º, 8º	Vida, fármacos.
Protocolo de São Salvador	1966	10º	Gozo da saúde, bem público.
TRIPS	1994	-	Propriedade Intelectual.
Conferência Mundial de Direitos Humanos	1993	12º	Implementação de Políticas Públicas.
Decreto de Montreal	2010	1º, 2º e 3º	Acesso ao tratamento da dor.

TRIPS = Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual Concernente ao Comércio.

Ao analisar dados do DATASUS, em 2013, no módulo de doenças crônicas, que envolve condições dolorosas como artrite, reumatismo, problemas crônicos de coluna e DORT, conforme CID10, o percentual de limitação intensa é elevado por problemas que afetam principalmente a coluna vertebral. Observou-se que 15,7% da população brasileira sofrem de limitação por dor intensa, sendo mais frequente no Centro-Oeste (20,8%), seguido de Nordeste, Sul, Norte e a que apresenta o menor percentual é a região Sudeste, com 13,4% (Tabela 2).

**Tabela 2.** Limitação intensa decorrente de dor na coluna por região

Regiões	% limitação intensa coluna	Informações estatísticas
1. Norte	15,7	IC=(12,3-19,1); CV = 11,2%
2. Nordeste	17,5	IC=(15,0-20,0); CV = 7,3%
3. Sudeste	13,4	IC=(11,3-15,5); CV = 8,1%
4. Sul	16,7	IC=(13,9-19,6); CV = 8,6%
5. Centro-Oeste	20,8	IC=(17,2-24,3); CV = 8,8%
Total	15,7	IC=(14,4-17,0); CV = 4,1%

% de limitação intensa de problema de coluna por Região, Situação: Urbano, Período: 2013.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; PNS 2013 – Pesquisa Nacional de Saúde;

PNS = Módulo de doenças crônicas – artrite/reumatismo, problema crônico de coluna, DORT = distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho, depressão e outros problemas mentais.

As questões desse módulo foram aplicadas a um morador de cada domicílio, selecionado entre os 18 anos ou mais.

Por se tratar de pesquisa amostral, o valor do indicador pode não ter significância estatística quando desagregado para segmentos populacionais específicos, tais como indígenas, amarelos e negros, pois esses grupos são muito pequenos em alguns estados e regiões.

Em nível internacional, estudos apontam que a prevalência mundial varia de 15 a 55% e em países menos desenvolvidos apresenta maior frequência<sup>5</sup>. Dos indivíduos que sofrem com o problema, um a cada três acometidos é incapaz para manter vida independente<sup>3</sup>.

Foi realizado um confronto dos artigos da Declaração de Montreal de 2010 com os dados epidemiológicos nos níveis nacional e internacional. Observou-se que essa declaração é o Documento referente à saúde que efetivamente define como um direito humano ter acesso ao tratamento específico para o controle e a diminuição da sensação dolorosa crônica.

## DISCUSSÃO

Ao analisar como tem sido tratada a legitimação do direito humano do acesso ao tratamento da dor crônica no Brasil, constatou-se que os dados epidemiológicos apontam para o fato de que as reco-

mendações da Declaração de Montreal de 2010, norteadoras para o tratamento da dor crônica como um problema de saúde pública, carecem de ações mais precisas para o controle efetivo do problema. A Declaração de Montreal foi elaborada por países delegados da *International Pain Summit* (IPS) integrantes da IASP<sup>26</sup>. Tal organização tem mais 129 instituições em diversos países que estudam a dor, principalmente no âmbito da dor crônica, entendendo a necessidade de observar seus efeitos na vida das pessoas, no âmbito financeiro, familiar, emocional, bem como de estudar maneiras de aliviar e controlar os sintomas da dor, procurando sempre o impacto sobre a qualidade de vida do paciente<sup>8</sup>. Entretanto, apesar da participação do Brasil no apoio a essa declaração, ainda existem poucas ações nacionais concretas no sentido de observar seus artigos.

O Brasil apresenta cerca de 40% da população convivendo com dor crônica, como demonstraram estudos em Salvador, Maranhão e São Paulo<sup>4,6,9</sup>. Os dados epidemiológicos brutos do IBGE e DATASUS refletem subnotificações claras, por serem obtidos por amostragem a partir da entrevista de apenas um dos moradores em cada residência sorteada, com idade igual ou superior a 18 anos, sem distinção de gênero, de faixa-etária, de cor ou raça e se população urbana ou rural<sup>21</sup>. Desse modo, o problema da desassistência é ainda mais grave do que se pode supor. Esses achados demonstram que, se as políticas públicas em saúde forem pautadas em dados do IBGE e do DATASUS ao invés de nos estudos epidemiológicos, as ações serão inadequadas para o controle do problema.

Além dos fatores psicológicos e fisiológicos<sup>4,7,12</sup>, pessoas com dores crônicas também possuem problemas no âmbito socioeconômico<sup>8</sup>, com mais dificuldades de trabalhar, seja em trabalho físico ou intelectual, e elevados custos com fármacos e procedimentos. A promoção do conceito de dor como um problema de saúde pública é o primeiro passo para sua legitimação. A tentativa de controle e tratamento da dor crônica, abordando exclusivamente os aspectos clínicos e biológicos, não sustentam as recomendações da IASP, por não se articularem a políticas públicas de saúde, economia da saúde e direitos humanos<sup>2,3,8</sup>.

A Declaração de Montreal é um documento norteador de profissionais da área de saúde e gestores públicos para ações específicas de promoção de saúde. O artigo 3º do referido documento estabelece que é direito de todas as pessoas com dor ter acesso apropriado ao seu tratamento, recebendo cuidado adequado do profissional de saúde<sup>26</sup>. Isso, por si só, já traz em si duas perspectivas: a primeira, do acesso ao tratamento, e a segunda, do tratamento adequado. Essa Declaração ainda afirma que o não tratamento para o controle da dor, ou a falta de acesso ao tratamento, devem ser considerados como prática de tortura, de ato cruel, de ato não humano e/ou tratamento degradante<sup>26</sup>. Isso sustenta que a ausência de tratamento da dor crônica é análoga à tortura e a outros atos degradantes contra o ser humano, previstos pela Declaração Universal de Direitos Humanos (1948)<sup>22</sup>.

Um Guia de Tratamento para Dor<sup>27</sup> proposto pelas sociedades brasileira e portuguesa para o estudo da dor (SBED e APED) trouxe alguns norteadores para o tratamento da dor crônica. Entre esses norteadores, identificaram-se as recomendações para abordagem da dor lombar crônica a partir das classificações funcionais bem fundamentadas. Entretanto, poucos guias encontram-se disponíveis na abordagem das diferentes síndromes dolorosas crônicas. Isso ocorre porque ainda são limitadas as evidências que subsidiam as tomadas de decisões e os investimentos em saúde. Nesse documento, são identificadas as duas principais causas para a dor lombar: estilo de vida e industrialização. É interessante observar que os direitos econômicos são legitimados pelas próprias forças capitalistas, entretanto, o direito à saúde ainda está caminhando para sua legitimação<sup>3-7,9</sup>. Esse fato confirma a necessidade de legitimar o cuidado com pessoas que sofrem de dor crônica a partir do princípio da dignidade da pessoa humana<sup>28</sup>.

Nessa perspectiva, o Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos, criado pela Portaria n.º 19/2002<sup>29</sup>, traz em seu bojo a criação, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), dos Centros de Referência em Tratamento da Dor Crônica, que resultou, posteriormente, na Portaria GM/MS n.º 1.319 de 23 de julho de 2002<sup>30</sup>. Para atender à respectiva resolução, considerou-se, além de outros fatores, “o dever de assegurar aos portadores de dor crônica todos os direitos de cidadania, de defesa de sua dignidade, seu bem estar, direito à vida e acesso ao tratamento e, em especial, acesso ao uso de opioides”, por parte do Estado, na figura do SUS. Nesse ponto, vale observar que a referida portaria aborda o tratamento adequado, defendendo a dignidade do paciente, legitimando, assim, pelo menos por meio de documentos oficiais, a necessidade do atendimento adequado como forma de promoção à saúde e legitimação dos direitos humanos fundamentais. Entretanto, larga distância existe entre o que é proposto e o que é realizado.

O presente estudo apresenta como limitação a falta de dados epidemiológicos precisos advindos dos sistemas de informações nacionais sobre o problema da dor crônica, o que dificulta comparações com outros países. Além disso, a análise documental foi limitada pela carência de instrumentos legais sobre o tema no país. Esses fatos expressam a magnitude da subnotificação e da desatenção ao problema que se reflete na falta de legitimação no nível nacional do direito ao alívio da dor crônica.

A Declaração de Montreal é o único documento que traz a dor como um problema de saúde pública e aponta como necessária aos Estados-Membros da IASP, a promoção de políticas públicas para que todos tenham acesso não só ao tratamento, mas ao tratamento adequado. O acesso ao tratamento e alívio da dor crônica legitima a dignidade da pessoa humana<sup>11,28</sup>.

A legitimação está ligada à noção de controle do poder público, uma vez que a sociedade tem “mecanismos de participação, segurança e independência (não só dominação)”<sup>14</sup> de promoção social. A eficácia da Declaração de Montreal em legitimar o princípio da dignidade da pessoa humana<sup>28</sup>, abre espaço, dentro do ordenamento jurídico pátrio, para que os Direitos à Saúde, no âmbito da dor crônica, sejam legitimados. Respeitando a Declaração Universal de Direitos Humanos, se faz imperativo legitimar o acesso à prevenção, ao tratamento efetivo e reabilitação na e para a sociedade.

## REFERÊNCIAS

1. Circular Normativa de N.º 09/DGCG e Data: 14/06/2003. A Dor como 5.º sinal vital. Registro sistemático da intensidade da Dor. Disponível em: <http://www.aped-dor.org/index.php/sobre-a-dor/a-dor-como-5-sinal-vital>.
2. Bell WE. Dores Orofaciais. Classificação, Diagnóstico, Tratamento. 3.ª ed. São Paulo: Quintessence; 1991.
3. Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur J Pain*. 2006;10(4):287-333.
4. Sá KN, Baptista AF, Matos MA, Lessa I. Chronic pain and gender in Salvador population, Brazil. *Pain*. 2008;139(3):498-506.
5. Johannes CB, LeTK, Zhou X, Johnston JA, Dworkin RH. The prevalence of chronic pain in United States adults: results of an Internet-based survey. *J Pain*. 2010;11(11):1230-9.
6. Dellaroza MS, Pimenta CA, Duarte YA, Lebrão ML. [Chronic pain among elderly residents in São Paulo, Brazil: prevalence, characteristics, and association with functional capacity and mobility (SABE) Study]. *Cad Saude Publica*. 2013;29(2):325-34. Portuguese.
7. McCall-Hosenfeld JS, Winter M, Heeren T, Liebschutz J. The association of interpersonal trauma with somatic symptom severity in a primary care population with chronic pain: exploring the role of gender and the mental health sequelae of trauma. *J Psychosom Res*. 2014;77(3):196-204.
8. Fishman SM. Recognizing pain management as a human right: a first step. *Anesth Analg*. 2007;105(1):8-9.
9. De Moraes Vieira EB, Garcia JB, da Silva AA, Muallem Araújo RL, Jansen RC. Prevalence, characteristics, and factors associated with chronic pain with and without neuropathic characteristics in São Luís, Brazil. *J Pain Symptom Manage*. 2012;44(2):239-51.
10. Comparato, FK. A afirmação histórica dos direitos humanos. 6.ª ed. São Paulo: Saraiva; 2008.
11. Brennan F, Carr DB, Cousins M. Pain management: a fundamental human right. *Anesth Analg*. 2007;105(1):205-21.
12. Van Hecke O, Torrance N, Smith BM. Chronic pain epidemiology and its clinical relevance. *Br J Anaesth*. 2013;111(1):13-8.
13. Herkenhoff; J.P. Curso de Direitos Humanos, Gênese dos Direitos Humanos, Vol. 01. Editora Acadêmica: São Paulo; 1994. 21-32p.
14. Queiroz, C. Direitos Fundamentais: Funções, âmbito, conteúdo, questões interpretativas e justiciabilidade. Coimbra Editora: Coimbra; 2006. 25-8p.
15. Leão ER, Aquarone RL, Rother ET. Pain research: bibliometric analysis of scientific publications of a Brazilian Research Institution. *Rev Dor*. 2013;14(2):94-9.
16. O'Brien BC, Harris IB, Beckman TJ, Reed DA, Cook DA. Standards for reporting qualitative research: a synthesis of recommendations. *Acad Med*. 2014;89(9):1245-51.
17. Minayo, MC. Conceito de avaliação por triangulação e métodos, in: Avaliação por triangulação e métodos: abordagens de programas sociais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. 11-53p.
18. Souza J, Karantorski LP, Luis M. Análise documental e observação participante na pesquisa em saúde mental. *Rev Baiana Enferm*. 2011;25(2):221-8.
19. Sá-Silva JR, Almeida CD, Guindani JF. Pesquisa documental: Pistas Teóricas e Metodológicas. *Revista Brasileira de História & Ciências Sociais*. Ano I - Número I - Julho de 2009. Disponível em: [http://www.unisc.br/portal/upload/com\\_arquivo/pesquisa\\_documental\\_pistas\\_teoricas\\_e\\_metodologicas.pdf](http://www.unisc.br/portal/upload/com_arquivo/pesquisa_documental_pistas_teoricas_e_metodologicas.pdf).
20. Spink MJ, (org). Práticas Discursivas e Produção de sentidos no Cotidiano: Aproximações teóricas e metodológicas. 3.ª ed. São Paulo: Cortez Editora; 2004. 123-51p.
21. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, IBGE. Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. Participação do Estado de Saúde, estilos de Vida e Doenças Crônicas: Brasil, grandes Regiões e Unidades da Federação. Ministério da Saúde: Departamento de análise de situação da saúde. FIOCRUZ, 2013. 48-50p.
22. Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948). UNIC – Rio/005 – Agosto, 2009. Disponível em: <http://www.dudh.org.br/wp-content/uploads/2014/12/dudh.pdf>.
23. Convenção Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais – Protocolo de São Salvador (1966). Disponível em: [http://www.cidh.oas.org/basicos/portugues/e.Protocolo\\_de\\_San\\_Salvador.htm](http://www.cidh.oas.org/basicos/portugues/e.Protocolo_de_San_Salvador.htm).
24. Acordo sobre os Aspectos de Direitos de Propriedade Intelectual Concernente ao Comércio – TRIPS (1994). Disponível em: [http://www.nedac.com.br/pdf/ac\\_trips.pdf](http://www.nedac.com.br/pdf/ac_trips.pdf).
25. Conferência Mundial de Direitos Humanos – CMDH (1993). Disponível em: <http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/bibliotecavirtual/instrumentos/viena.htm>.
26. Declaração de Montreal (2010). Disponível em: <http://www.iasp-pain.org/Advocacy/Content.aspx?ItemNumber=1821&navItemNumber=582>.
27. Guia Para o Tratamento da Dor em Contextos de Poucos Recursos. Material educativo escrito por uma equipe de autores multidisciplinar e multinacional, para distribuição geral aos prestadores de cuidados de saúde. IASP – International Association of Study of Pain. Disponível em: [file:///C:/Users/JoseAugusto/Downloads/GuidetoPainManagement\\_Portuguese.pdf](file:///C:/Users/JoseAugusto/Downloads/GuidetoPainManagement_Portuguese.pdf).
28. Sarlet IW. As dimensões da dignidade da pessoa humana: construindo uma compreensão jurídico-constitucional necessária e possível. In: Dimensões da Dignidade: Ensaio de Filosofia do Direito e Direito Constitucional. 2.ª ed. Revisada e Ampliada. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora; 2013. 15-30p.
29. Portaria GM n.º 19 de 03 de janeiro de 2002. Disponível em: <http://ftp.rgesus.com.br/legislacoes/gm/8214-19.html?q=>
30. Portaria GM/MS n.º 1.319 de 23 de julho de 2002. Disponível em: <http://www.husm.ufsm.br/janela/legislacoes/centros-tratamento-dor/centros-tratamento-dor/portaria-gmms-no-1319-de-23-de-julho-de-2002.pdf>