



BAHIANA
ESCOLA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA

**ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TECNOLOGIAS EM SAÚDE**

PAULA CARNEIRO SILVA DE ARAÚJO

**PERCEPÇÃO DE PESSOAS ACERCA DA DOR CRÔNICA E PRÁTICAS
UTILIZADAS NO SEU CONTROLE**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**Salvador/Bahia
2016**

PAULA CARNEIRO SILVA DE ARAÚJO

**PERCEPÇÃO DE PESSOAS ACERCA DA DOR CRÔNICA E PRÁTICAS
UTILIZADAS NO SEU CONTROLE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* em Tecnologias em Saúde da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Tecnologias em Saúde

Orientador: Prof. Dr. Abrahão Fontes Baptista.

Coorientadora: Prof.^a Dra. Cristina Maria Macêdo de Alencar.

**Salvador/Bahia
2016**

Ficha Catalográfica elaborada pela
Biblioteca Central da EBMSP

A658 Araújo, Paula Carneiro Silva de
Percepção de pessoas acerca da dor crônica e práticas utilizadas no seu controle.
Paula Carneiro Silva de Araújo. – Salvador. 2016.
98f. il.
Dissertação (mestrado) apresentada à Escola Bahiana de Medicina e Saúde
Pública. Programa de Pós-Graduação em Tecnologias em Saúde.
Orientador: Prof. Dr. Abrahão Fontes Baptista.
Coorientadora: Prof. Dra. Cristina Maria Macêdo de Alencar.
Inclui bibliografia
1. Dor crônica. 2. Prática em Saúde. 3. Modelo de Saúde. 4. Tecnologia em Saúde
CDU: 616.8-009.7

Nome: ARAÚJO, P. C. S. de. **Percepção de pessoas acerca da dor crônica e práticas utilizadas no seu controle.** Dissertação apresentada à Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública para obtenção do título de Mestre em Tecnologias em Saúde.

Aprovado em: 15 de setembro de 2015.

Banca Examinadora

Professor(a): Dra.: Kátia Nunes Sá

Titulação: Doutora em Medicina e Saúde Humana pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP).

Instituição: Professora Adjunta da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP) e da Universidade Católica do Salvador (UCSAL).

Professor (a): Dra.: Cristina Maria Macêdo de Alencar

Titulação: Doutora em Ciências Sociais em Desenvolvimento, Agricultura e Sociedade pela Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro (UFRRJ).

Instituição: Professora Adjunto IV da Universidade Católica do Salvador (UCSAL).

Professor (a): Dra.: Silvia Damasceno Benevides

Titulação: Doutora em Processos Interativos dos Órgãos e Sintomas pela Universidade Federal da Bahia (UFBA).

Instituição: Professora Adjunto II da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

Dedico esta dissertação a minha mãe por toda dedicação e amor. A Pedro e meus irmãos por estarem sempre próximos, ao meu pai que, apesar da distância, tenho certeza de que esteve sempre olhando por mim. E, por fim, aos pacientes com dor crônica que contribuíram para novas descobertas no campo da pesquisa.

AGRADECIMENTOS

Ao professor, Dr. Abrahão Fontes Baptista, pela paciência e pelos ensinamentos para finalizar esta etapa, enfatizando sempre que é preciso calma, pois cada um tem seu tempo de amadurecimento. Por vezes, me aborreci com tanta calma, mas pude entendê-lo e hoje agradeço pelo que conquistei.

Agradeço à EBMSP, CAPES/PROSUP que investiram na pesquisa acreditando na construção de um resultado positivo.

À professora Dra. Cristina Maria Macêdo de Alencar, pela coorientação deste trabalho, contribuindo no direcionamento metodológico e na percepção de que um trabalho de pesquisa pode ser realizado em diversas vertentes e não apenas nos padrões já estigmatizados. Obrigada por acreditar que eu poderia transformar estes dados em uma contribuição científica.

À professora Dra. Kátia Nunes Sá, pela disponibilidade na correção do trabalho e pelo esclarecimento das dúvidas, sempre que solicitada.

À professora Milena Pereira Pondé por ajudar-me a perceber a possibilidade de desenvolver um trabalho com as informações coletadas em campo.

A minha amiga e companheira Emyle Martins, que acompanhou meu trajeto até o ingresso no mestrado.

À amiga e professora, Marinalva Quirino, pela ajuda na leitura do trabalho e pela contribuição relativa as críticas e organização desta pesquisa.

Às alunas da graduação de Fisioterapia/UFBA, Mariana Moreira, Bruna e Carolina pela enorme contribuição na coleta dos dados.

Às fisioterapeutas, Ana Cecília Medina, Sandra Porciuncula, Nívea Malafaia e Bianca de Alencar pela parceria na realização do trabalho.

Aos Grupos de Pesquisa Eletroestimulação Funcional (LEF–UFBA) e Dinâmica Neuromusculoesquelética por proporcionarem discussões construtivas sobre instruções metodológicas e suporte no embasamento teórico do trabalho.

À turma do mestrado de Tecnologias em Saúde da qual tive o prazer de fazer parte e só tenho a agradecer pelas amizades que fiz, pelo carinho que recebi e pela conquista que obtive. Posso afirmar que fomos muito mais do que uma turma de pós-graduação; construímos laços que serão eternos, pois ajudamos uns aos outros quando percebíamos a necessidade e, dessa forma, formamos uma família..... colegas do mestrado, muito obrigada!!!

Agradeço o carinho e incentivo de alguém muito especial, Ewerton Luigi de Castro, que me ajudou na organização do trabalho e na construção dos dados, principalmente no entendimento da palavra PACIÊNCIA!!!

Agradeço aos amigos e familiares pela compreensão nos momentos em que estive ausente, dedicando-me à a pesquisa, mas, nem por isso, deixaram de me incentivar. Em especial à Tia Ia que, mesmo precisando de cuidados, esteve sempre presente e disponível para cuidar de mim, quando solicitei.

Enfim, obrigada a todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para finalização desta etapa, mesmo que não os tenha citados explicitamente.

INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS

Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP)

Universidade Federal da Bahia (UFBA)

Universidade Católica do Salvador (UCSAL)

FONTES DE FINANCIAMENTO

1. Financiamento do projeto – Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública.
2. Bolsista CAPES/PROSUP – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior / Programa de Suporte à Pós-Graduação de Instituições de Ensino Particulares.

EQUIPE DO PROJETO

Paula Carneiro Silva de Araújo¹, Sandra Mendes Porciuncula¹, Cristina Maria Macêdo de Alencar², Abrahão Fontes Baptista³, Katia Nunes Sá⁴, Mariana Moreira⁵

¹- Fisioterapeuta, mestranda do Programa de Tecnologias em Saúde da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública.

²- Economista, PhD, Professora Assistente IV da Universidade Católica do Salvador.

³- Fisioterapeuta, PhD, Professor Adjunto IV da Universidade Federal da Bahia.

⁴- Fisioterapeuta, PhD, Professora Adjunta da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública e da Universidade Católica do Salvador.

⁵- Aluna do Curso de Fisioterapia da Universidade Federal da Bahia.

“Quem fica olhando para o tamanho da dificuldade, deixando-se dominar pelo que vê e ouve, nunca alcança o que deseja”.

Eduardo de Castro Wandermurem Badi

RESUMO

ARAÚJO, Paula Carneiro Silva de. **Percepção de pessoas acerca da dor crônica e práticas utilizadas no seu controle**. 2016. 96 folhas. Projeto de dissertação (Mestrado em Tecnologias em Saúde), Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Salvador-BA, 2016.

A condição crônica de saúde é um quadro complexo no qual os componentes biológicos, emocionais e socioculturais influenciam na expressão da condição dolorosa sugerindo, portanto, uma abordagem multidimensional. Essa abordagem pode ser alcançada pelo modelo assistencial biopsicossocial que propõe ações integradas e interdisciplinares possibilitando a inserção e difusão de tecnologias mais leves no processo terapêutico. Sendo assim, o objetivo desta pesquisa foi avaliar a difusão de ciência e tecnologia relacionada à saúde, a partir dos referenciais teóricos dos modelos biomédico e biopsicossocial, em pacientes com dor crônica. Trata-se de um estudo qualitativo envolvendo 45 indivíduos, realizado por meio de entrevista estruturada no período de junho a agosto de 2013. Os resultados demonstraram que os indivíduos percebem a dor como uma experiência de difícil manejo, capaz de modificar o componente físico, bem como suas relações sociais e afetivas e, na tentativa de a controlar, utilizam práticas farmacológicas, fisioterapêuticas e religiosas. A percepção da dor analisada permitiu identificar que o conhecimento, as crenças e experiências absorvidas decorrentes da trajetória da condição clínica são fatores que influenciam diretamente no sintoma algico e na escolha de práticas terapêuticas, sinalizando para a necessidade de a equipe profissional de saúde considerar a importância de compreender as informações apresentadas pelos indivíduos reconhecendo as necessidades particulares das tecnologias leves.

Palavras-Chave: Dor crônica. Prática em Saúde. Modelo de Saúde. Tecnologia em Saúde.

ABSTRACT

ARAÚJO, Paula Carneiro Silva de. Perception of people about chronic pain and practices **used in your control**. 2016. 96 sheets. Dissertation project (Master's in Health Technology), Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Salvador-BA, 2016.

Chronic health condition is a complex picture in which the biological, emotional and socio-cultural components influence the expression of the painful condition suggesting therefore a multidimensional approach. This approach can be achieved by biopsychosocial care model that proposes integrated and interdisciplinary actions enabling the insertion and dissemination of lighter technologies in the therapeutic process. Thus, the objective of this research was to evaluate the diffusion of science and health-related technology, from the theoretical framework of biomedical and biopsychosocial models, in patients with chronic pain. This is a qualitative study involving 45 individuals carried out through structured interviews in the period from June to August 2013. The results showed that individuals perceive pain as a difficult experience management able to modify the physical component as well as its relations social and emotional, and trying to control it using pharmacological practices, physical therapy and religious. The perception of the analyzed pain identified that knowledge, beliefs and absorbed experiences arising from the clinical condition trajectory are factors that directly influence the painful symptom and the choice of therapeutic practices, signaling the need for professional health team, consider the importance to understand the information presented by individuals recognizing the particular needs of these through light technologies.

Keywords: Chronic Pain. Health Practice. Health Model. Health Technology.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Diagrama de fluxo da coleta de dados.....	38
Quadro 1 – Categorias e subcategorias temáticas.....	39
Quadro 2 – Aspectos que definem os modelos biomédico e biopsicossocial.....	40
Figura 2 – Diagrama ilustrativo dos componentes que configuram os modelos de saúde.....	23
Quadro 3 – Distribuição das unidades de registro pertencentes às perguntas selecionadas do Roteiro A.....	50

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

SNP	Sistema Nervoso Periférico
SNC	Sistema Nervoso Central
IASP	Internacional Association for the Study of Pain
OMS	Organização Mundial de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	15
2 JUSTIFICATIVA	17
3 OBJETIVOS	18
3.1 Objetivo Geral	
3.2 Objetivos Específicos	
4 REFERENCIAL TEÓRICO	
4.1 Dor crônica e suas implicações	Erro! Indicador não definido.
4.2 Modelos de atenção à saúde	22
4.3 Práticas de Cuidado na Dor Crônica	24
4.4 Ciência e Tecnologia em Saúde	28
5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	
5.1 Local do Estudo e Amostra	31
5.2 Procedimento da Coleta	33
5.3 Análise de Dados	34
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	
6.1 Percebendo a Dor Crônica	
6.1.1 Significado atribuído à dor	43
6.1.2 Causas da dor	45
6.1.3 Consequências da dor	46
6.2 Práticas envolvidas no Controle da Dor Crônica	
6.2.1 Prática Farmacológica	54
6.2.2 Prática Fisioterapêutica	58
6.2.3 Prática Religiosa	63
7 CONCLUSÃO	68
8 LIMITAÇÕES DO ESTUDO	69
REFERÊNCIAS	71
ANEXOS	87

1 INTRODUÇÃO

Dor é a principal razão na busca por atendimento nos centros de saúde^(1,2). Pode ser interpretada como alerta do organismo em decorrência de uma lesão, porém, quando não devidamente diagnosticada e tratada, pode evoluir da condição aguda para crônica⁽³⁾.

A dor crônica caracteriza-se pela persistência do sintoma mesmo após o período fisiológico de recuperação tecidual⁽⁴⁾. É considerada um problema de saúde pública de elevada prevalência e configuração multifatorial⁽⁵⁾ apresentando impacto significativo na condição física, emocional e social do indivíduo, bem como elevados custos para o sistema de saúde⁽⁶⁻⁸⁾.

Pesquisas previamente realizadas apontaram que complexas interações entre contextos biopsicossociais podem influenciar na apresentação do quadro clínico do indivíduo com dor crônica, demonstrando que o modelo de saúde pautado em uma abordagem puramente biomédica torna-se limitado para avaliação desses indivíduos⁽⁹⁻¹²⁾. Por essa razão, outro modelo de abordagem passou a ser instituído.

Denominado biopsicossocial, esse modelo apresenta-se como orientação mais adequada nos cuidados à saúde, desde 1980. Além de englobar conceitos biomédicos, faz associação a componentes relativos à experiência subjetiva do indivíduo^(13,14). Apesar de amplamente difundido, alguns estudos identificaram dificuldades dos profissionais de saúde em aplicar essa orientação na prática clínica, assim como dos pacientes em absorvê-la favorecendo a construção de conceitos inadequados e comportamentos disfuncionais^(7,15,16).

Esses achados podem estar relacionados com a configuração instituída pela abordagem biomédica que relaciona lesão como condição causal do sintoma, bem como pelo significado que cada indivíduo constrói do adoecer⁽¹⁷⁾, demonstrando a necessidade de realizar uma avaliação objetiva do indivíduo focando nos aspectos relativos ao corpo biológico, como também subjetiva, para identificar outros elementos que possam influenciar na expressão sintomática⁽¹⁸⁾.

Esses fatores favorecem a compreensão da condição de saúde do indivíduo e o direcionamento adequado na instituição de alternativas terapêuticas, fazendo com que o profissional possa ampliar sua dimensão cuidadora. Isso se torna possível em decorrência dos avanços tecnológicos na saúde possibilitando que a ação profissional não esteja centrada

apenas em procedimentos e equipamentos, mas também no interesse para com o outro, evidenciado através da escuta⁽¹⁸⁻²⁰⁾.

Nesse contexto intervencionista, as tecnologias apresentam fundamental importância, uma vez que disponibilizam aparatos (tecnologias, duras, leve-duras e leves) que incluem equipamentos, métodos e intervenções utilizados na promoção, prevenção, diagnóstico e tratamento de patologias, assim como na reabilitação das consequências desencadeadas e no cuidado em longo prazo^(21,22).

Uma das maneiras de identificar a aplicabilidade dos modelos de saúde utilizando conceitos de ciência e tecnologia é através de métodos qualitativos, pois buscam compreender o objeto em estudo a partir da perspectiva do indivíduo que participa ativamente desse processo. Utilizá-lo para investigar como os indivíduos percebem e enfrentam sua condição de saúde fornece dados importantes sobre os componentes que possam estar envolvidos na configuração álgica, bem como na relação existente entre eles⁽²³⁾.

2 JUSTIFICATIVA

Vários modelos de atenção à saúde têm sido utilizados na tentativa de compreender a dor crônica, sendo o biomédico e o biopsicossocial os mais amplamente difundidos. O modelo biomédico, orientado por uma abordagem que visa prioritariamente os componentes biológicos de uma lesão, apesar de ter sido largamente utilizado, com o passar do tempo, tornou-se insuficiente para explicar os fatores envolvidos na condição de dor crônica.

Para tanto, a fim de atender essa demanda, o modelo biopsicossocial tornou-se a orientação mais adequada para compreender os fatores relacionados a esse quadro algico, uma vez que aborda a condição de saúde de forma multidimensional.

Para aplicação prática desses modelos, ora apresentados, são utilizadas como recurso as tecnologias que têm o objetivo de promover, prevenir e tratar a saúde. Transformam o conhecimento construído sobre determinada enfermidade em saberes e instrumentos para a intervenção que serão aplicados pelos profissionais de saúde. Porém, é preciso também entender o sentido inverso dessa relação, ou seja, a maneira pela qual os profissionais constroem o conhecimento em saúde e aplicam as tecnologias, pois poderá ser também um determinante para estabelecer o limite entre o que entendemos e o que consideramos como necessidade de intervenção.

Sendo assim, é necessário a aplicação de tecnologias leves – “tecnologia das relações” – que possibilitem a ampliação do olhar e da escuta do profissional de saúde diante do indivíduo, na tentativa de compreender o processo saúde-doença e o sofrimento vivenciado para que, então, possa instituir a conduta terapêutica com melhor direcionamento baseando-se no seu entendimento e na necessidade do indivíduo.

Diante desse postulado, conhecer a percepção do indivíduo em relação à dor crônica, bem como às práticas de tratamento instituídas, envolvendo-o em orientações pautadas no modelo biopsicossocial, o que constitui um processo de difusão de ciência e tecnologia, torna-se imprescindível para a promoção da saúde de pacientes com dor crônica.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Avaliar a difusão de ciência e tecnologia relacionada à saúde, a partir dos referenciais teóricos dos modelos biomédico e biopsicossocial, em pacientes com dor crônica.

3.2 Objetivos Específicos

Verificar a percepção dos indivíduos a respeito da dor crônica, a partir de conceitos baseados nos modelos biomédico e biopsicossocial.

Identificar as práticas terapêuticas utilizadas pelos indivíduos com dor crônica, para alívio dos sintomas, compreendidas no processo de difusão de tecnologias.

Analisar e sistematizar criticamente a difusão de ciência e tecnologia que se expressa na percepção da dor e no seu enfrentamento através das condutas terapêuticas adotadas pelos indivíduos.

Identificar possibilidades de inovação tecnológica no contexto do modelo biopsicossocial.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 Dor crônica e suas implicações

Pesquisas envolvendo o estudo da dor, costumam conceituá-la como um fenômeno multidimensional de difícil interpretação que pode agravar-se, caso não seja devidamente avaliada e tratada^(1,6). A dor é caracterizada como um fenômeno complexo e subjetivo envolvendo aspectos multifatoriais e, por isso, necessita ser tratada respeitando-se a individualidade e os componentes envolvidos no contexto de vida de cada indivíduo^(7,24,25).

A dor possui finalidade biológica de sobrevivência apresentando diversas classificações, entre elas, quanto à evolução no tempo. Analisando esse aspecto, pode ser entendida como aguda ou crônica⁽⁴⁾.

As dores agudas são consideradas fisiológicas representando um sinal de alerta com duração definida no tempo e no espaço, finalizando com a eliminação da situação causal. Já as dores crônicas não têm a finalidade biológica de alerta, permanecendo presentes mesmo após o tempo estabelecido de cicatrização tecidual^(3,26).

Dor crônica é aquela que persiste após o tempo fisiologicamente determinado para que o organismo recupere-se de uma lesão ou que esteja vinculada a processos patológicos crônicos que causam dor contínua ou recorrente⁽²⁷⁾. Não possui mais a função de alerta para defesa do organismo, além de não apresentar delimitação específica quanto ao tempo de permanência do sintoma e à região corporal comprometida⁽²⁸⁾.

Outra questão importante a ser considerada na condição crônica é em relação ao tempo de duração do sintoma. As definições divergem bastante quanto a esse aspecto variando de três a seis meses de duração. Para dores não oncológicas, considera-se três meses como o tempo suficiente para defini-la como tal; quando se refere a avaliações clínicas, porém, para utilização em pesquisas, o tempo superior a seis meses tem sido considerado mais adequado^(6, 22-24).

Analisando sob o aspecto causal, a dor pode ser desencadeada por uma lesão traumática gerando um processo inflamatório capaz de estimular os receptores nociceptivos. A partir daí, o estímulo da lesão será captado pelo Sistema Nervoso Periférico (SNP) e transferida ao Sistema Nervoso Central (SNC) responsável por interpretar a informação e transmitir a resposta de proteção, no caso da dor aguda. Na dor crônica, o estímulo lesivo é contínuo

ocorrendo em função do excesso de nocicepção ou por hipoatividade do sistema supressor podendo influenciar nas dimensões física, psíquica e/ou social do indivíduo^(27,33).

Dessa maneira, baseando-se nas informações anteriormente descritas, a Associação Internacional para Estudo da Dor (IASP – International Association for the Study of Pain) definiu dor como sendo “... uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a um dano real ou potencial ou descrita em termos de tal dano”⁽²⁴⁾.

A partir dessa definição, percebemos que a relação existente entre dor e lesão não está dissociada complementando-se, entre si, além de integrarem componentes psicossociais envolvidos por conceitos subjetivos e individuais como parte dessa experiência.

Sendo assim, observa-se a importância de compreender não apenas o conceito de dor, mas também, o contexto no qual está inserida e os componentes relacionados^(16,34), pois permitirá uma conduta mais adequada na construção do raciocínio clínico durante a avaliação, orientação terapêutica e no prognóstico do paciente com dor⁽³⁵⁾, em especial, com dor crônica.

Estudos que investigaram a condição crônica de saúde revelaram que o Brasil é um país consideravelmente afetado por esse problema, apresentando elevada prevalência, quando comparado a dados internacionais^(1,6,36,37) representando impacto significativo na qualidade de vida e condição produtiva do indivíduo, além de afetar suas múltiplas dimensões⁽³⁸⁾. Por esse motivo, é de fundamental importância sua compreensão.

Estudos realizados identificaram como principais características relacionadas a essa condição – dor persistente e superior a três meses, indivíduos do sexo feminino, casadas com idade mais avançada, desempregada ou afastada do emprego^(6,42,43) na qual a terapêutica instituída não busca a cura e sim o controle dos sintomas, bem como a melhoria da qualidade de vida do indivíduo⁽⁴⁰⁾.

Além dessas características encontradas, outros estudos ainda identificaram que o comportamento do indivíduo influencia no quadro de dor crônica. Ou seja, o aprendizado adquirido baseado em suas experiências álgicas anteriores está diretamente influenciado por fatores como: pensamentos, crenças, atitudes e expectativas^(7,8,41,42).

Dessa maneira, em 1980, tornou-se necessário conhecer e mensurar atitudes e crenças relacionadas à dor crônica, uma vez que foi percebido que as atitudes poderiam influenciar na condição do doente em lidar com a dor, na adesão terapêutica, na aceitação da condição de

saúde, na atividade funcional e no comportamento social^(43,44). Desde então, a recomendação era desenvolver estratégias que possibilitassem conhecer as atitudes, crenças e expectativas dos pacientes sobre sua condição crônica de saúde⁽⁴⁵⁾.

Outro estudo analisou atitudes de pacientes com dor crônica utilizando o Inventário de Atitudes Frente à Dor, validado em 1999. O inventário permitiu a avaliação das atitudes a partir da análise de sete domínios: dano físico, medicação, solicitude, controle, emoção, incapacidade e cura médica⁽⁴⁵⁾.

Após avaliação, foi observado com maiores percentuais que os indivíduos julgam que a dor está relacionada ao dano físico e que a medicação é o método mais apropriado para o tratamento, a solicitude das outras pessoas durante sua manifestação de dor é importante, que o controle da dor pode ser influenciada por atitudes pessoais, os sujeitos reconhecem a relação positiva entre emoção e intensidade da dor, acreditam que dor está diretamente associada a incapacidade e, por fim, que o tratamento médico é capaz de gerar a cura para a dor crônica⁽⁴⁵⁾.

Ainda analisando crenças, um outro estudo identificou que crer que a dor seja proveniente do dano físico, que o medicamento é o melhor procedimento a ser adotado, julgar desejável comportamento de solicitude, não acreditar na possibilidade própria de controlar a dor, não reconhecer a relação entre emoção e dor julgando-a como incapacitante e aguardar a cura do sintoma através da cura médica são crenças pouco adaptativas que podem direcionar para a piora do quadro clínico e, por vezes, abandono do tratamento orientado⁽⁸⁾.

Essas concepções podem ser desenvolvidas ao longo da vida e/ou culturalmente aprendidas, estando relacionadas com a maneira pela qual o indivíduo interpreta a realidade vivenciada e os acontecimentos ao seu redor^(57,65,67), podendo produzir impacto importante na sua percepção em relação à dor crônica, além de exercer influência na resposta ao estímulo doloroso e, conseqüentemente, na condição de saúde.

Perante o exposto, é possível perceber que se trata de um quadro complexo no qual estão associados componentes biológicos, psíquicos e socioculturais responsáveis pela modulação da condição dolorosa⁽³⁴⁾. Diante dessa complexidade, para tratar a condição crônica de saúde, o modelo assistencial instituído pelos profissionais de saúde deve estar pautado em uma orientação que vise estruturar um plano diagnóstico e terapêutico multidimensional

respeitando, todavia, a individualidade e, ao mesmo tempo, o contexto que envolve o indivíduo⁽²⁴⁾.

4.2 Modelos de atenção à saúde

O modelo assistencial refere-se à maneira como as ações de atenção à saúde estão estruturadas e viabilizadas através dos recursos físicos, humanos e tecnológicos que dispõe para enfrentar os problemas apresentados^(48,49). Os modelos assistenciais existentes, apesar de apresentarem propósitos similares, ao compreenderem a saúde e a doença utilizando as tecnologias disponíveis, cada um deles relacionará aspectos prioritários de abordagem.

Anteriormente, o modelo assistencial estava orientado pela abordagem biomédica priorizando os cuidados à saúde que estavam condicionados a uma lesão^(17,25,35), pautando a relação da dor a questões puramente biológicas, baseado no modelo mecanicista, que considera saúde apenas como ausência de doença⁽⁵¹⁾. Esse modelo biomédico relaciona doença a lesão tendendo, no entanto, à fragmentação e, conseqüentemente, à perda do espectro multidimensional do indivíduo.

Seu objeto de estudo está relacionado ao diagnóstico de uma doença e o encaminhamento terapêutico em busca da cura. Apesar de já ter sido demonstrado por diversos estudos que essa não é a abordagem mais adequada na condução da atenção à saúde, ainda têm sido aplicada em diversas situações^(35,52,53).

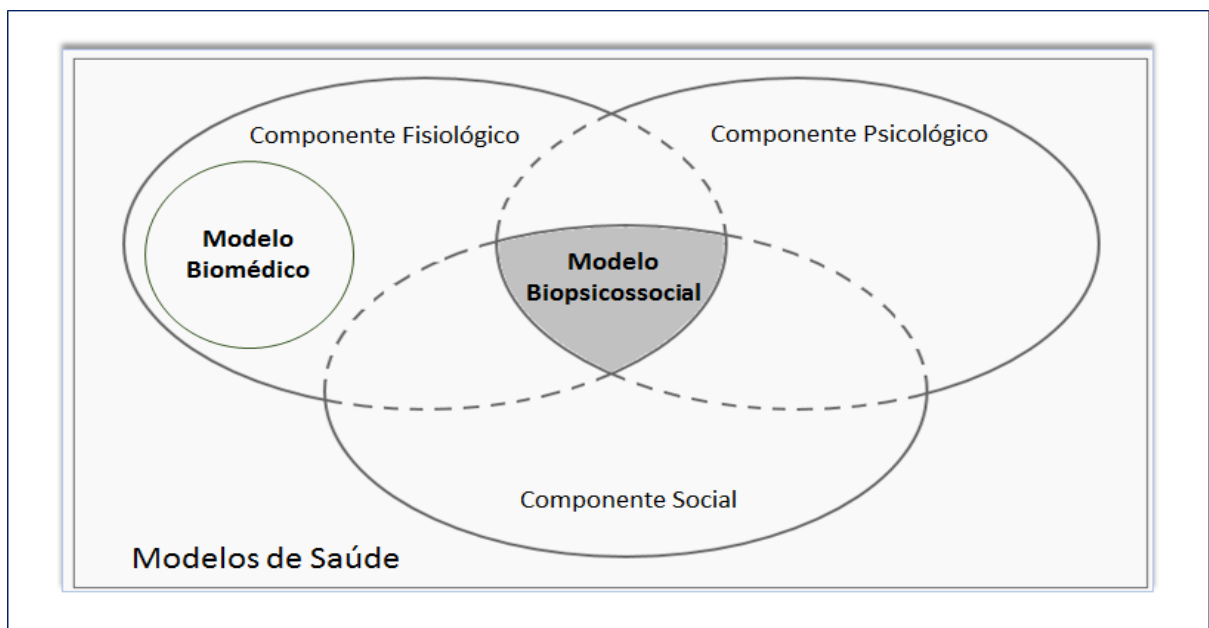
No entanto, em decorrência da complexidade de fatores aos quais o indivíduo na condição crônica está envolvido, o modelo de saúde precisou ser reformulado baseando-se não apenas em fatores biológicos mas também psicológicos e sociais^(26,54) influenciando no modo como o indivíduo percebe, expressa e lida com a dor. Para englobar esse aspecto multidimensional e relacioná-lo a questões envolvidas na saúde, foi preciso priorizar um modelo que orientasse e relacionasse essas dimensões, modelo que foi, na verdade, apresentado, em 1980, por Engel, na tentativa de explicar os fenômenos médicos^(14,55).

Denominado de biopsicossocial esse modelo vem sendo utilizado como a orientação mais adequada no tratamento da dor, uma vez que propõe ações integradas e interdisciplinares⁽⁵⁶⁾ e que é instituída, em especial, na condição crônica de saúde, por alterar todo o sistema no qual o indivíduo está inserido e, por isso, precisa ser analisado dentro de um modelo que contemple dimensões mais amplas^(13,55).

De acordo com o modelo biopsicossocial, a maneira como a dor crônica se manifesta está relacionada com aspectos envolvidos na predisposição, estímulos, respostas preceptoras e fatores mantenedores^(26,55,57). Tendo em vista esse modelo, os componentes biológicos, psicológicos e sociais envolvidos estariam diretamente associados com a estimulação, modulação ou determinação das alterações físicas; avaliação e percepção dos fatores e na maneira como o indivíduo se comporta em detrimento das mudanças geradas na estrutura física. Dessa maneira, apenas entender a base teórica da dor crônica não é suficiente para avaliar o indivíduo^(58,59).

Foi observado, em alguns estudos, que a orientação nos cuidados de saúde do indivíduo baseada no estilo biomédico pode favorecer a exacerbação de atitudes e crenças negativas,^(7,26,60,61) fato que contribui para a intensificação dos sintomas e possível abandono da terapêutica orientada.

Figura 2 – Diagrama ilustrativo dos componentes que configuram os modelos de saúde.



Fonte: Elaborado pela autora.

Esse diagrama foi construído para representar os componentes que estão envolvidos no contexto dos modelos de saúde previamente apresentados. Conforme dito anteriormente, os modelos contêm um propósito similar, a atenção à saúde, porém, seus métodos de abordagens são distintos^(17,51,62,63).

No modelo biomédico, apesar de amplamente utilizado, a abordagem é restrita quanto ao processo saúde-doença, pois foca apenas em alterações anatômicas e fisiológicas, não ampliando seus cuidados aos componentes psicossociais. Já no modelo biopsicossocial, ela é mais ampla, pois, além de envolver o componente físico, associa, também, os componentes sociais e psicológicos no contexto da dor^(52,53,87).

Sendo assim, podemos dizer que o modelo biopsicossocial engloba o princípio pertencente ao modelo biomédico, ao considerar que a lesão está relacionada ao componente físico e, por isso, precisa ser tratado, porém ele não se restringe apenas a essa condição, pois admite que outros componentes envolvendo o ambiente no qual o indivíduo está inserido e suas características psíquicas pessoais interferem na maneira como ele expressa o sintoma e, por essa razão, prioriza uma abordagem no âmbito interdisciplinar^(8,26,42).

Por esse motivo, a orientação de saúde pautada no modelo biomédico não aborda o objeto de maneira adequada. Por outro lado, o modelo biopsicossocial trata de aspectos que desvinculam os sintomas das crenças negativas ou mal-adaptadas possibilitando, por sua vez, postura ativa do indivíduo para o enfrentamento da condição apresentada, afastando-o da predisposição em desenvolver incapacidade e intensificação da dor^(14,53,64).

Independentemente do modelo de saúde utilizado na orientação terapêutica, o objetivo reduz-se ao mesmo foco – identificação dos sinais e sintomas álgicos e proposta terapêutica para o cuidado da saúde visando melhor qualidade de vida para o indivíduo. Porém, a necessidade de estabelecer diálogo não apenas com os aspectos objetivos do indivíduo com dor crônica, mas também, com seus aspectos subjetivos, fez com que o modelo biopsicossocial se tornasse o mais adequado na orientação das condutas terapêuticas relacionadas ao processo saúde-doença^(13,26,62).

4.3 Práticas de Cuidado na Dor Crônica

Relacionar os conceitos de objetividade e subjetividade na orientação de condutas terapêuticas é conduzir uma escolha com critérios mais específicos avaliando fatores individuais. Subjetividade pode ser entendida como aquilo que é interno e que diz respeito ao julgamento de cada pessoa, sua opinião sobre determinado assunto. É compreendida como resultado da construção de crenças e valores individuais que darão origem a uma verdade inconsciente derivada do nível emocional do indivíduo, ou seja, influenciada pelas experiências vivenciadas⁽⁶⁵⁾.

Já o conceito de objetividade refere-se ao que é externo ao sujeito, um conceito estabelecido e incorporado ao senso comum, mas que decorre da integração entre os componentes físico, mental e espiritual de cada indivíduo^(65,66). Portanto, a condição de objetividade supõe o reconhecimento da concretude dos conteúdos mentais e espirituais, ou seja, conteúdos subjetivos. É nessa condição que a objetividade é compreendida como verdade.

Nesse contexto de configuração multifatorial, centros de atendimento voltados à assistência de indivíduos com dor crônica (clínicas de dor) propõem uma atuação multidisciplinar com o objetivo de compreender e propor intervenções diretamente associadas à complexidade envolvida nessa condição de saúde. Especificamente no Brasil, as clínicas da dor disponibilizam tratamento para dor crônica desde o início da década 1980⁽¹⁷⁾ sendo constituídas por uma equipe multiprofissional voltada para o atendimento integral do indivíduo⁽⁸⁾:

Um trabalho etnográfico que buscou conhecer as situações da dinâmica utilizada na clínica de dor revelou que uma condição importante no tratamento do doente crônico é a persuasão, no qual diversos elementos poderão facilitar ou dificultar a adesão ao tratamento, entre eles, a expectativa do doente frente ao tratamento, o grau de informação que ele detém sobre a abordagem, a empatia estabelecida com o terapeuta e a possibilidade de manutenção da terapêutica fora do espaço da clínica⁽¹⁷⁾.

Nesse ambiente, a troca de informações entre os profissionais contribui para a escolha de um tratamento eficaz sendo importante que, na avaliação inicial do indivíduo, o profissional pondere as dimensões mais atingidas (física, psíquica e/ou social) para, então, instituir o caminho terapêutico mais adequado^(17,35).

Em outubro de 2012, de acordo com uma portaria do Ministério da Saúde – Secretaria de Atenção à Saúde, foi aprovado um protocolo clínico com diretrizes terapêuticas da dor crônica baseando-se em artigos que envolvem ensaios clínicos bem conduzidos, revisões sistemáticas com e sem metanálise, sugerindo orientações para condutas terapêuticas na dor crônica⁽⁶⁷⁾.

Esse documento sugeriu como tratamento da dor crônica condutas medicamentosas e não medicamentosas. Nas condutas medicamentosas incluía uso de analgésicos, anti-inflamatórios e opioides podendo associar fármacos adjuvantes para o tratamento de comorbidades (antidepressivos e relaxantes musculares)⁽⁶⁷⁾. De maneira geral, os medicamentos são

orientados aos pacientes crônicos em busca de alívio da dor. Essa prescrição é determinada a partir de benefícios possíveis de serem adquiridos (melhor controle da dor) levando em consideração potenciais riscos (dependência, mau uso)^(25,67,68).

Esses medicamentos foram instituídos respeitando a proposta da Organização Mundial de Saúde (OMS 2009) que preconiza o uso de analgésicos, anti-inflamatórios e fármacos adjuvantes para dores fracas; analgésicos, anti-inflamatórios, fármacos adjuvantes e opioides fracos para dores moderadas e analgésicos e anti-inflamatórios, fármacos adjuvantes e opioides fortes para dores intensas^(67,68).

Além do tratamento medicamentoso, foram sugeridos outros procedimentos terapêuticos com o objetivo de promover o controle algico e melhorar a independência e funcionalidade do indivíduo. Entre eles, incluíam-se práticas não farmacológicas podendo englobar as não convencionais e as alternativas, tais como: fisioterapia, acupuntura, prática de atividade física, educação, relaxamento, entre outras⁽⁶⁷⁾.

Em um estudo realizado por Kurita e Pimenta (2003) observou-se que pacientes com dor crônica tendem a realizar automedicação em busca do controle dos sintomas e apontam para a importância do profissional de saúde (médico) deixar prescrito qual medicação utilizar no caso de intensificação dos sintomas, evitando, assim, o uso indiscriminado do fármaco⁽²⁵⁾.

Além disso, dados sociodemográficos (idade, estado civil, escolaridade) não apresentaram relação direta na adesão terapêutica medicamentosa e, queixas relacionadas aos efeitos colaterais, bem como seu uso em longo prazo, apresentaram-se como problemas à adesão⁽²⁵⁾.

Outro aspecto bastante discutido na condução terapêutica do paciente crônico é relativo à prática de atividade física. Esse programa terapêutico, entre outros benefícios, busca a plasticidade do SNC apresentando-se comprometido pela persistência do sintoma algico^(69,70). Entre as suas modalidades, predomina a prescrição de exercícios aeróbicos, de fortalecimento e alongamentos como a escolha mais apropriada^(7,69).

Apesar dos benefícios já evidenciados em outros estudos, o tratamento conduzido por exercícios, muitas vezes, pode não representar uma alternativa adequada. Isso ocorre quando o indivíduo apresenta comportamento de evitação e medo, geralmente despertado após uma experiência negativa dessa prática⁽⁷¹⁾.

A dor, quando interpretada como um sinal de dano ou lesão, poderá conduzir o indivíduo a um comportamento de evitação, considerado como comportamento não adaptativo. Dessa maneira, tende a diminuir ou até mesmo favorecer a evitação completa dos movimentos e a realização de atividades que tenham alguma possibilidade de gerar desconforto e dor. A persistência desse comportamento, além de expressar sofrimento por parte do indivíduo, pode provocar descondicionamento físico e dificuldade no retorno às atividades domésticas e laborais^(8,61,72).

Além dos cuidados orientados para o restabelecimento do aspecto físico, no contexto da dor, outras modalidades também podem ser instituídas como terapêuticas. Entre elas, podemos considerar o aspecto religioso⁽⁷³⁾, que pode ser considerado como uma estratégia de enfrentamento apresentando fundamental importância na percepção da dor desses pacientes⁽⁷⁴⁾.

Desde 2001, apesar de dois terços das escolas americanas voltadas para o ensino médico incluírem ensinamentos obrigatórios ou eletivos sobre religiosidade/espiritualidade no currículo de medicina, poucos médicos percebem a relação e a dimensão espiritual que isso representa para os pacientes⁽⁷³⁾. Crenças e comportamento religioso foram estudados na população geral e em médicos dos Estados Unidos revelando que 95% das pessoas acreditam em Deus, porém, apenas 10 a 20% relataram que os médicos abordaram esse assunto com elas durante o atendimento⁽⁷⁵⁾.

Estudos examinaram a relação da religiosidade e/ou espiritualidade com aspectos envolvidos na saúde mental do indivíduo, sendo encontrado, na sua maioria, que os melhores achados envolvendo saúde mental estavam relacionados àqueles que frequentavam atividades religiosas^(73,76). Um deles observou que indivíduos vinculados a práticas religiosas apresentam-se fisicamente mais saudáveis com estilo de vida mais equilibrado e, portanto, utilizam menos os serviços de saúde⁽⁷³⁾.

Dessa maneira, esse achado representa impactos econômicos em relação à saúde, uma vez que os benefícios apresentados contribuem para a redução de gastos com rede hospitalar, uso de medicamentos e realização de exames diagnósticos⁽⁷⁶⁾. No entanto, apesar dessa prática oferecer melhorias na condição de saúde do indivíduo não deve ser substituída pela prática médica e sim associada à orientação terapêutica⁽⁷⁶⁾.

Ao mesmo tempo que essa prática contribui positivamente para o tratamento de pacientes na condição crônica, há também que ser considerado o risco que pode ser oferecido. A depender da crença e fé religiosa, pensamentos negativos podem ser estimulados desenvolvendo sentimento de culpa por parte do paciente^(73,77), levando-o a interpretar a dor como punição e, a partir daí, procurar, em preces e rituais, o perdão para possíveis erros cometidos na esperança de cura do sintoma⁽⁷⁴⁾.

Esse sentimento pode fazer o indivíduo abandonar o tratamento médico tradicional ocasionando piora do quadro clínico, embora a maioria das religiões não estimulem esse comportamento⁽⁷⁴⁾. As intervenções religiosas e/ou espirituais mais frequentemente realizadas são a reza ou prece, a meditação que busca o relaxamento físico, mental/espiritual e a leitura bíblica ou de textos religiosos⁽⁷³⁾.

Um dos primeiros estudos realizados envolvendo a relação entre espiritualidade/religiosidade e dor foi realizado em pacientes com anemia falciforme e demonstrou que pacientes com maior índice de religiosidade apresentavam maior tolerância à dor, apesar de não interferir na sua intensidade⁽⁷³⁾. Corroborando com esse estudo, Wachholtz e Pargament (2005) comparou o efeito de diferentes formas de meditação relacionada à ansiedade, ao humor e à dor, observando, no grupo que realizou a meditação como intervenção religiosa, menores índices de ansiedade, melhora do humor e maior tolerância à dor⁽⁷⁸⁾.

Diante das contribuições positivas que a religiosidade pode oferecer, é tida como estratégia de enfrentamento bastante utilizada na dor recorrente^(73,76). As mudanças estão associadas a alterações do córtex pré-frontal aumentando a interação entre hipotálamo e amígdala, influenciando na secreção de hormônios envolvidos no estresse gerado pela condição crônica de saúde e de neurotransmissores relacionados ao controle da dor⁽⁷⁹⁾.

Independentemente do método e da intervenção terapêutica utilizados no controle do sintoma álgico, o foco estará centrado na promoção da saúde, visando a reabilitação das consequências desenvolvidas em prol de uma melhor qualidade de vida. E uma das maneiras de proporcionar essa condição ao indivíduo com dor crônica é utilizar-se das inovações tecnológicas disponíveis no campo da saúde^(80,81).

4.4 Ciência e Tecnologia em Saúde

O conceito de tecnologia em saúde engloba toda e qualquer intervenção que pode ser utilizada para a promoção da saúde. Compreende todas aquelas disponíveis a serem adotadas para

promover, prevenir, diagnosticar, tratar, reabilitar a saúde ou cuidar de doenças em longo prazo^(19,82). Esse conceito inclui as tecnologias que se relacionam diretamente aos cuidados com o paciente, tais como: medicamentos, equipamentos, procedimentos médicos e cirúrgicos, além do suporte assistencial no qual se fornece o atendimento⁽⁸³⁾.

Avanços ocorridos no processo de tecnologia em saúde têm sido determinantes importantes na avaliação, diagnóstico e terapêutica instituída no cuidado ao indivíduo, modificando significativamente as práticas em saúde⁽⁸¹⁾. Esse processo envolve um conceito denominado ciclo de vida constituído pelas fases de inovação, difusão, incorporação e abandono/descarte⁽⁸²⁾.

Esse ciclo abrange desde a aplicação de novos conhecimentos (inovação) que pode ser um equipamento ou mesmo procedimentos em saúde, a aceitação e propagação desse conhecimento (difusão), utilização prática (incorporação) e abdicação do seu uso (abandono). Utilizando o conceito de tecnologia como referencial comumente utilizado no campo da saúde, verifica-se que, além do ciclo de vida, as tecnologias contemplam a classificação quanto ao tipo^(19,80).

Podem ser classificadas em três tipos: dura, leve-dura e leve. Os autores dessa proposta, ao analisarem as tecnologias em saúde, comentam que a palavra tecnologia está comumente relacionada às máquinas, entendimento esse que tem dificultado bastante a compreensão de que, quando nos referimos aos cuidados em saúde, não se trata apenas do conjunto dos equipamentos ou tecnologias duras utilizadas nas intervenções diagnósticas ou terapêuticas^(18,20,21).

Argumentam ainda que é preciso olhar com atenção para o indivíduo que está sendo cuidado, pois o conjunto de intervenções assistenciais vai além das diversas máquinas utilizadas na realização de exames ou para examinar o paciente. Essa perspectiva nos permite dizer que há uma tecnologia menos dura do que os aparelhos e equipamentos propriamente ditos que podem ser utilizados na prática^(18,20,21).

Pesquisas que buscaram informar o paciente sobre sua condição de saúde, sugerindo tratamentos após discussões com o profissional de saúde para observar manuseios mais adequados, observaram que a preferência esteve pautada em melhor saúde e não por mais tratamentos^(84,85).

Dessa maneira, o ponto de vista do paciente acerca da sua saúde tem sido objeto de estudo considerado importante para a investigação em pesquisas clínicas, objetivando quantificar o impacto de determinada condição de saúde ou do tratamento na vida do indivíduo e, conseqüentemente, auxiliar na definição da conduta clínica orientada pelo profissional de saúde^(17,48).

As tecnologias duras referem-se aos equipamentos, às máquinas e estruturas organizacionais e tecnológicas. As tecnologias leve-duras são aquelas que envolvem os saberes agrupados que direcionam o trabalho, constituindo-se pelas normas, pelos protocolos, e pelo conhecimento produzido nas diversas áreas do saber, como a clínica. As tecnologias leves compreendem as relações de interação e subjetividade, possibilitando produzir acolhimento e vínculo^(19,21).

As tecnologias leves são consideradas como tecnologias das relações, uma vez que, é na presença delas que ocorre o processo de comunicação, de acolhimento e a criação de vínculos, sendo componente essencial na produção de autonomia do indivíduo perante sua condição de saúde. O estabelecimento do vínculo pode ocorrer por meio da interação pela conversa, transformando-se em um processo interativo com o paciente, na qual a ação terapêutica já se inicia^(18,20,21).

Importante ressaltar que todas as tecnologias se fazem necessárias, a depender da situação, porém, em todos os níveis de atenção, as tecnologias leves precisam estar presentes possibilitando a ampliação do olhar e da escuta do profissional de saúde diante do indivíduo, na tentativa de compreender o processo saúde-doença e o sofrimento vivenciado.

Dessa maneira, o profissional de saúde coloca o indivíduo em outra posição, a de agente ativo na produção de sua saúde^(18,20-22), o que implica em o paciente ser também ativo na produção efetiva da tecnologia de relação. Esse elemento é essencial para o cuidado, uma vez que resulta em bem-estar e conforto para o paciente. Constituem-se, então, como formas de comunicação que abrem caminhos para a interação, auxiliando o indivíduo no processo saúde-doença.

5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Esse tópico apresenta o traçado metodológico deste estudo. Primeiramente, foram apresentadas as características que identificam o modelo qualitativo da pesquisa e, posteriormente, as etapas para realização do estudo e da análise das entrevistas.

Para realização da análise das entrevistas, separada em duas partes (percepção da dor e práticas terapêuticas), utilizamos como direcionamento os conceitos de modelos de saúde (biomédico e biopsicossocial) e de ciência e tecnologia na saúde, empregando, em alguns momentos, falas dos indivíduos entrevistados para exemplificar o contexto.

5.1 Local do Estudo e Amostra

O estudo foi realizado no Ambulatório de Dor do Hospital Universitário Professor Edgar Santos da UFBA em Salvador – BA. Esse ambulatório, iniciou suas atividades em 1996 apresentando crescimento gradativo até tornar-se referência no atendimento de dor em condições crônicas⁽⁸⁷⁾.

Atualmente, é composto por uma equipe multidisciplinar especializada, formada por médicos, psicólogos, nutricionistas, acupunturistas, quiropraxistas e farmacêuticos. Conta com um espaço físico amplo que possibilita atender um grande contingente populacional e promover fundamental assistência no atendimento terapêutico.

O ambulatório utiliza como modelo de assistência à saúde o Sistema Único de Saúde (SUS), atendendo indivíduos com diagnóstico de dor crônica provenientes do município de Salvador e do interior do Estado da Bahia, assim como pacientes encaminhados de outros serviços que apresentam diagnósticos diversos, na grande maioria com sintomatologia de dor contínua ou intermitente há mais de seis meses⁽⁸⁷⁾.

Foi utilizada para este estudo uma amostra de conveniência, na qual foram abordados 65 indivíduos que preencheram os critérios diagnósticos de dor crônica segundo a IASP¹ (dor por mais de seis meses, sentida todos os dias ou quase todos os dias) e que estivessem realizando acompanhamento médico no referido ambulatório.

¹ IASP – Associação Internacional para o Estudo da Dor que reúne pesquisadores na área da saúde com o objetivo de estimular e apoiar o estudo da dor, traduzindo esse conhecimento para promover o alívio da condição algica em todo o mundo.

Os critérios de exclusão estiveram relacionados às informações relatadas pelos entrevistados, no momento da coleta. Ou seja, foram excluídos do estudo os indivíduos que relatassem, em seu depoimento, que o tratamento da dor estava vinculado a questões oncológicas ou apresentassem, naquele momento, alguma dificuldade de compreensão e/ou de comunicação com o entrevistador.

Foram utilizados quatro roteiros de entrevistas (Apêndice A, B, C e D) para a coleta dos dados, construídos a partir de temas considerados importantes para a compreensão do fenômeno doloroso segundo a IASP⁽²⁴⁾ e do perfil epidemiológico de dor encontrado na população de Salvador, segundo o estudo de Sá et al. (2008)⁽⁶⁾.

Nesta pesquisa, no entanto, foram selecionados para análise do conteúdo apenas três dos roteiros – A, C e D – utilizados para construção do material didático anteriormente citado, pois apenas esses roteiros baseavam-se em conteúdos aderentes ao foco deste estudo. O roteiro B foi excluído, pois o assunto ao qual fazia referência apresentava discrepância do foco pesquisado.

Para estimar o número de indivíduos a serem entrevistados, consideramos como critério inicial as informações provenientes da pesquisa matriz, na qual ficou estabelecido que seriam entrevistados 40 pacientes do ambulatório de dor em Salvador. Entretanto, para a pesquisa, ora apresentada, o número amostral deveria garantir algum critério para pesquisas qualitativas. Entre os critérios qualitativos, e que tomamos por base, está o de saturação como instrumento capaz de determinar a quantidade de observações suficientes para investigar o objeto proposto^(88,89).

Apesar de utilizarmos o critério de saturação para balizar o número amostral, levamos também em consideração as informações disponíveis no estudo desenvolvido por Thiry-Cherques (2009) que concluiu, baseado na análise de pesquisas previamente realizadas, que, para atingir a saturação, é preciso que a orientação da pesquisa aprecie um número mínimo de oito ou o máximo de 15 observações, intervalo no qual se situa o número recomendado que é de 12⁽⁹⁰⁾.

Dois desses roteiros ultrapassaram a margem recomendada de observações. Isso ocorreu porque, nesses roteiros, alguns depoimentos foram pouco esclarecedores e, portanto, foram realizadas algumas entrevistas a mais, a fim de garantir o número de entrevistas válidas.

Apesar desse acontecimento, aquelas que extrapolaram o limite superior do intervalo não alteraram o critério de saturação e, por isso, foram mantidas para análise dos resultados.

5.2 Procedimento da Coleta

O conhecimento construído neste estudo só foi possível devido à descrição da experiência dos indivíduos entrevistados. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas estruturadas no período de junho a agosto de 2013, no dia e horário de funcionamento do ambulatório (terças-feiras à tarde).

As entrevistas aconteceram na própria sala de espera do ambulatório enquanto os pacientes aguardavam atendimento. É um local bastante singular no qual pôde ser observada a relação dos pacientes entre si, com os profissionais de saúde e com os atendentes do setor.

Entre as diversas técnicas de entrevistas utilizáveis estão disponíveis as entrevistas estruturadas, semiestruturadas e não estruturadas. A entrevista estruturada, utilizada nesta pesquisa, baseou-se em um instrumento com perguntas previamente formuladas, direcionadas para obtenção de respostas diretas ao que estava sendo questionado não tendo a intenção de que o entrevistador redirecionasse a informação obtida em busca de elementos mais aprofundados⁽⁹¹⁾.

É um roteiro contendo questões norteadoras que busca a interação entre o indivíduo e o entrevistador cujo objetivo é compreender o que está sendo dito, direcionando a conversa para a finalidade da pesquisa^(92,93). Durante a utilização do instrumento, a sequência das perguntas precisa ser realizada na mesma ordem em que foi elaborada a fim de garantir que uma pergunta seja feita da mesma forma para todas os indivíduos entrevistados⁽⁹⁴⁾.

Participaram do estudo os indivíduos abordados pelo pesquisador que demonstraram receptividade durante a abordagem. Aceitando responder ao instrumento proposto e enquadrando-se nos critérios de inclusão especificado, era confirmada a possibilidade de participação no estudo e assinado o termo de consentimento livre e esclarecido concordando com a proposta da pesquisa para que fosse dado início aos questionamentos.

Para obtenção das informações, foram realizadas três visitas ao setor por três alunas de graduação treinadas e pela pesquisadora responsável, sendo que cada indivíduo participante respondeu a um roteiro. O treinamento ocorreu para que todos os entrevistadores realizassem

os questionamentos da mesma maneira seguindo uma única orientação, posteriormente descrita no tópico referente à entrevista estruturada, em busca da uniformização dos dados.

No momento da entrevista, as perguntas eram realizadas da mesma maneira que se apresentavam no roteiro, não podendo ser interpretadas ou mesmo modificadas pelo entrevistador. Caso o indivíduo entrevistado não entendesse o questionamento, o pesquisador repetia a pergunta sem margem a explicações ou qualquer tentativa de reformulação da sentença até que o entrevistado respondesse de acordo com seu entendimento.

As informações fornecidas foram gravadas com o objetivo de registrar integralmente as falas dos indivíduos assegurando material para transcrição e análise dos dados. Foi observado variação no tempo despendido em cada entrevista, uma vez que os indivíduos estiveram completamente à vontade para verbalizar sobre os questionamentos realizados. Os responsáveis pela coleta também procuraram respeitar o modo pessoal de cada indivíduo se expressar, assim como a necessidade de refletir sobre os questionamentos.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Maternidade Climério de Oliveira/UFBA sob número 108/11 (Anexo H). Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido no momento da entrevista, sendo dada a opção de desistirem, em qualquer momento, da participação no estudo (Anexo G). A confidencialidade e privacidade dos indivíduos envolvidos foram respeitadas.

5.3 Análise de Dados

Após as transcrições dos depoimentos, procedeu-se a leitura do material para apreender o sentido geral das falas dos entrevistados. Foi realizado o agrupamento por semelhança dos relatos, retirando deles as ideias consideradas relevantes, relacionadas ao objeto de estudo em questão: a percepção da dor pelos indivíduos com dor crônica atendidos no Ambulatório de Dor do Hospital Universitário Professor Edgar Santos da UFBA e as práticas terapêuticas por eles realizadas para o controle algico.

Para o procedimento de análise, foram selecionadas as informações referentes a 19 perguntas dos três roteiros que estruturam o conteúdo deste estudo. As perguntas selecionadas para análise foram: no roteiro A: “O que é dor?”; “Quais pensamentos estão associados à dor?”, “O que pode fazer com que uma pessoa sinta dor?”, “Quais sentimentos ou emoções vêm a sua cabeça ao sentir dor?”; no roteiro C: “Você acha que o sedentarismo interfere na dor?”; “E a atividade física, pode influenciar a dor?”; “Você acha que as práticas espirituais influenciam a

dor que as pessoas sentem?”. “Como elas poderiam influenciar?”, “Você acredita que a dor surgiu a partir do pecado do homem?”, “Você acredita que as pessoas que têm algum tipo de religião sentem menos dor, por quê?”; no roteiro D: “O que você faz quando tem dor, quais são as suas atitudes?”, “Você tenta acabar com a dor ou apenas controlá-la? Como você faz isso?”, “Você usa remédios para controlar a dor, de que tipo?”, “Esta é sua principal forma de controlar a dor?”, “Você acredita que existam outras?”, “Combina remédios com outras práticas?”, “Você usa fisioterapia ou terapia ocupacional para controlar a dor?”, “Você acha que existe relação entre movimento e dor?”, “Você acha que quando uma pessoa tem dor, ela deve parar de se mover ou de fazer coisas?”.

Entre as diversas abordagens para análise dos dados qualitativos, neste estudo, decidiu-se pela análise de conteúdo, modalidade temática de Bardin (2009, p. 44) definida como:

um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens⁽⁹³⁾.

A análise ocorreu, no primeiro nível, possibilitando compreender o sentido das categorias direcionadas pela pergunta de investigação, buscando obter conteúdo que abordasse as questões relacionadas ao conhecimento dos indivíduos e o envolvimento coletivo do qual faziam parte⁽⁹⁵⁾.

A análise temática de conteúdo exige o atendimento das respectivas etapas sugeridas por Bardin (2009): 1) pré análise; 2) exploração do material; 3) tratamento dos dados, inferência e interpretação dos dados, especificadas, a seguir⁽⁹³⁾.

Na primeira etapa (pré-análise) foi realizado o processo de escolha dos documentos a serem estudados; retomando as questões norteadoras e os objetivos da pesquisa. Nesse momento, foi realizada a leitura das questões que compõem os roteiros selecionados possibilitando identificar dados correspondentes ao conteúdo e aos objetivos do estudo. Após a leitura, os dados brutos foram selecionados e agrupados por semelhança no conteúdo aos quais faziam referência.

Na segunda etapa (exploração do material ou codificação), os dados brutos foram organizados sistematicamente e agregados em unidades de registro, permitindo descrever as características

referentes ao conteúdo expresso no texto. Nesse momento, foi realizada, também, a codificação dos dados que compreendem a escolha das unidades de registro e das categorias.

O quadro de resultados foi constituído por 45 entrevistas tendo sido definida, como unidade de registro, a frase. Vale ressaltar que as falas de alguns indivíduos contêm interrupções, que foram traduzidos pelo sinal de reticências e os recortes das falas representados pelo sinal gráfico [...].

No fim de cada recorte, encontra-se entre parênteses a identificação do indivíduo entrevistado que, para garantir o anonimato, foi identificado com as letras EN seguido do numeral arábico, de acordo com a ordem em que as entrevistas foram realizadas.

Na terceira etapa (tratamento dos resultados – inferência e interpretação), buscou-se colocar em evidência as informações fornecidas pela análise realizada nas etapas anteriores. Nesta pesquisa, as informações obtidas foram distribuídas em um quadro, separadas por categorias e subcategorias, selecionadas a partir da organização dos dados brutos. Para tanto, foram construídas duas unidades temáticas: percepção da dor e práticas terapêuticas.

Como critério de análise para interpretação dos dados, a primeira unidade temática, percepção da dor, foi interpretada a partir da noção de Lógica Euclidiana², como balizador da análise, estabelecendo-se relação com os modelos de saúde já mencionados (modelo biomédico e modelo biopsicossocial).

A lógica foi utilizada como recurso para possibilitar o entendimento dos depoimentos e viabilizar a sua classificação em um modelo de saúde ou em outro, de acordo com as orientações descritas em cada um deles.

Os resultados posteriores fazem referência à categoria sobre as práticas terapêuticas utilizadas no controle algico. Para o tratamento desse resultado, utilizamos informações relativas ao conteúdo de ciência e tecnologia, no âmbito da saúde. Consideramos como conteúdo de ciência e tecnologia o referencial que classifica as tecnologias em: dura, leve-dura e leve.

² Lógica Euclidiana: pode ser entendida como parte da filosofia que trata das formas do pensamento em geral, possibilitando a construção de hipóteses e inferências visando a determinação do que é verdadeiro ou não (Dicionário Aurélio, 2010).

A construção das categorias temáticas e suas subcategorias serão descritas nos resultados e exemplificadas pelas falas dos indivíduos entrevistados, objetivando respaldar os achados apresentados.

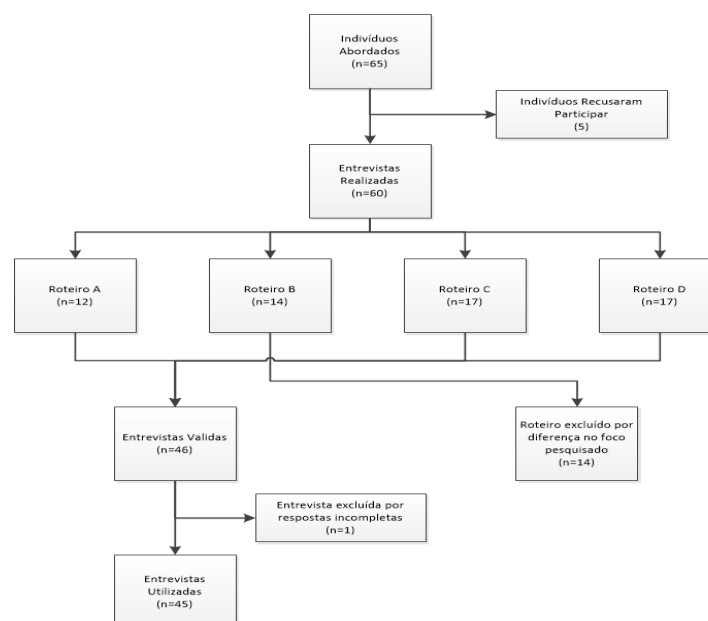
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Do total de indivíduos abordados (65 indivíduos) somente 60 aceitaram participar do estudo. Os outros cinco, recusaram responder o roteiro proposto. Os motivos de recusa foram justificados pelo desconforto em responder aos questionamentos, pois, como estavam aguardando o atendimento, relataram que, desviando a atenção para a entrevista, poderiam não ouvir quando fossem chamados para a realização da consulta e, também, por estarem sentindo dor no momento em que foram abordados, não se encontravam dispostos a conversar.

Dessa maneira, participaram efetivamente das entrevistas 60 indivíduos, sendo 50 do sexo feminino e 10 do sexo masculino, apresentando idade superior a 18 anos. Das entrevistas incluídas nesta pesquisa, 46 foram selecionadas, mas apenas 45 foram validadas para realizar a análise das questões eleitas, uma vez que uma entrevista do roteiro D foi excluída, referente a um indivíduo do gênero masculino (Diagrama de Fluxo – Figura 1).

O motivo da exclusão deveu-se ao fato de que a entrevista foi interrompida antes de ser finalizada, não sendo possível retomá-la para fechamento das informações em outro momento. A interrupção ocorreu porque o paciente foi chamado para realização da consulta com o profissional de saúde e logo encaminhou-se ao local do procedimento, não retornando a tempo para a conclusão da entrevista.

Figura 1– Diagrama de fluxo da coleta de dados.



Fonte: Elaborado pela autora.

Após coleta dos dados, foi realizada a avaliação das narrativas com o objetivo de identificar temas emergentes e possibilitar a construção das categorias temáticas. Após essa etapa, foram identificados temas relacionados a características da dor e práticas terapêuticas, possibilitando a construção de duas categorias de análise.

Na primeira categoria (Percebendo a dor crônica) foram construídas as subcategorias: significado atribuído à dor, causas e consequências da dor e, na seguinte (Práticas envolvidas no controle da dor crônica), identificamos as subcategorias prática farmacológica, prática fisioterapêutica e prática religiosa, como componentes de condutas terapêuticas (Quadro1).

Quadro 1 – Categorias e subcategorias temáticas.

Categorias	Subcategorias
Percebendo a dor crônica	Significado atribuído à dor
	Causas da dor
	Consequências da dor
Práticas envolvidas no controle da dor crônica	Prática farmacológica
	Prática fisioterapêutica
	Prática religiosa

Fonte: Elaborado pela autora.

6.1 Percebendo a dor crônica

Esse tópico refere-se às descrições dos indivíduos acerca de como percebem a dor. Para tanto, foi necessária a construção de três subcategorias com o objetivo de alocar as informações obtidas. São elas: significado atribuído à dor, causas da dor e consequências da dor.

A criação da categoria, bem como das subcategorias, foi possível a partir da análise de quatro questões referentes ao Roteiro A. São elas: “O que é dor?”, “Que pensamentos estão associados à dor?”, “O que pode fazer com que uma pessoa sinta dor?”, “Quais pensamentos ou emoções vêm a sua cabeça ao sentir dor?”.

Para avaliação do conteúdo referente a essa categoria, foram considerados os conceitos baseados no modelo biomédico e biopsicossocial (Quadro 2) de modo a classificar os depoimentos como pertencentes a um modelo de saúde ou a outro.

Foi utilizado como critério de inclusão a noção de Lógica Euclidiana (conceito matemático que se dedica ao estudo das formas válidas de inferência), sendo excluídos os depoimentos que não possuíssem conteúdo que permitisse a classificação em um dos dois modelos. Estes, por sua vez, perderiam a validade lógica de acordo com o princípio do terceiro excluído.

Quadro 2 – Aspectos que definem os modelos biomédico e biopsicossocial.

Dor no aspecto Biomédico	Dor no aspecto Biopsicossocial
Doença como resultado de uma lesão	Doença como resultado da interação entre fatores fisiológicos, psicológicos e sociais
Atenção voltada para a sintomatologia	Atenção voltada para o contexto do indivíduo
Conceito da dor a partir da base teórica da doença	Conceito de dor a partir da base teórica da doença influenciado por aspectos relacionados ao fenômeno de adoecer
Sinais e sintomas relacionados à lesão	Sinais e sintomas relacionados à lesão e influenciados por questões psíquicas e sociais
Lesão como explicação dos sinais e sintomas	Lesão não é explicação suficiente para justificar sinais e sintomas
Doença como questão unicausal	Doença como questão multicausal
Modelo voltado ao tratamento da doença	Modelo voltado à prevenção de doença e promoção da saúde
Doença como foco	Contexto do indivíduo como foco

Fonte: Elaborado pela autora a partir do referencial teórico selecionado – Engel, GL (1977)⁵³; Adler, R (2009)¹¹.

Para entender a noção utilizada de Lógica Euclidiana, foi preciso levar em consideração que as frases selecionadas eram proposições e que, dentro do conceito lógico matemático, essas proposições podem ser conceituadas como afirmações passíveis de assumir valor lógico verdadeiro ou falso e que toda proposição é apenas verdadeira ou falsa não tendo outra classificação (critério para exclusão das frases – princípio do terceiro excluído). Dessa maneira, foi possível selecionar as sentenças entre os modelos de saúde disponibilizados (biomédico e biopsicossocial).

Os modelos de saúde apresentados utilizam o conceito de doença/lesão, associado a outros fatores ou não, como explicação da condição do indivíduo (Quadro 2). Utilizar esse conceito como referência para analisar os depoimentos tornou-se inicialmente uma barreira para a análise, pois observamos que o entendimento de doença/lesão apresenta diferentes concepções a depender da área de saúde em foco (medicina, fisioterapia, psicologia, nutrição etc.) e do entendimento de cada profissional.

Sendo assim, achamos viável utilizar a definição institucional da Organização Mundial de Saúde (OMS) como orientação para seleção dos depoimentos, uma vez que ela possibilita

definir doença/lesão a partir do conceito de saúde, permitindo-nos seguir apenas um referencial para classificar as frases selecionadas.

A OMS preconiza saúde como “não apenas a ausência de doença ou enfermidade, mas também o bem-estar físico, mental e social”(75). Sendo assim, assumimos, para análise, o conectivo de implicação da lógica (se p ... então q) no qual, o conceito de saúde da OMS foi a referência para a seleção das questões, em que p significa ter ou não saúde e q significa fazer parte do modelo biomédico ou biopsicossocial.

Então, para a OMS, saúde é estar bem na tríade formada pelos componentes físicos, mentais e sociais do indivíduo (Abordagem Biopsicossocial – Figura 3). Admitindo que a variável p pode assumir duas condições, ter saúde (estar bem nos aspectos físico, mental e social) ou não ter saúde (ter alterações nos aspectos físico, mental e/ou social) e que a variável q representa os modelos de saúde – biomédico ou biopsicossocial – temos: Se p é ter saúde, não existe q . Porém, se p representa alterações apenas no aspecto físico q assume-se como modelo biomédico. Já, se p representa alterações em dois ou mais aspectos da tríade, q assume-se, então, como modelo biopsicossocial.

Diante desse pressuposto, observou-se a impossibilidade de dar tratamento lógico formal a algumas respostas do roteiro que incluíram p e q , por se constituírem naquilo que seria o 3º excluído – conforme princípio da lógica formal, Lei do 3º excluído, que define que uma variável só pode ter duas possibilidades, neste caso, enquadrar-se no modelo biomédico ou biopsicossocial. Para tanto, fez-se necessário o uso da lógica dialética³ que contempla o conectivo e (falas que, ao mesmo tempo, enquadram-se nos fatores biomédico e biopsicossocial) para análise dessas falas enquanto unidade de contrários: é isto e aquilo.

Ou seja, as sentenças que relacionavam envolvimento dos aspectos sociais e psíquicos no contexto da dor, fazendo referência clara ou não à questão física, foram classificados como conceitos pertencentes ao modelo biopsicossocial. Já aquelas que relacionaram apenas a condição física como fator envolvido na dor, como biomédico, e as que não deixaram transparecer clareza no direcionamento das sentenças quanto aos modelos de saúde foram

³ Lógica dialética: etimologicamente expressa a ideia de dualidade/contradição, caracterizando-se pela existência de mais de uma explicação, geralmente opostas, para definir o fenômeno, podendo utilizá-lo como caminho de análise (Henri Lefebvre, 1975).

excluídas do tratamento formal, mas, no entanto, avaliadas com o intuito de identificar aspectos que permitissem relacionar com o contexto em questão (Quadro 3).

Avaliando as sentenças pertencentes à categoria Percebendo a dor crônica, observamos que, entre os relatos obtidos nas entrevistas, 10 enquadraram-se no modelo biomédico relacionando a condição de saúde a um fator essencialmente físico e 27 relacionaram-na abordando componentes biopsicossociais, em que a situação emocional /psíquica e/ou social também estão envolvidas no contexto da dor.

Nas outras 11 falas, apesar de não apresentarem condições para serem classificadas especificamente em um dos modelos de saúde (biomédico ou biopsicossocial), observou-se que estavam carregadas de fatores psicossociais que se sobrepunham às lesões que os indivíduos eram portadores. A constatação da sobreposição dos fatores psicossociais aos biomédicos relativiza, portanto, a suficiência das práticas médicas na terapêutica da dor crônica.

Abaixo, encontram-se exemplificadas as falas que remetem à observação exposta nesse último parágrafo:

“Eu acho que nunca se deve fazer ninguém sentir dor. Eu não sei explicar.” (EN 02 – pg. 50)

“Ah, não sei dizer. Só sei que é ruim, não é bom.” (EN 02 – pg. 50)

“Procurar uma solução para minimizar essa dor, seja com medicamento...” (EN 10 – pg. 51)

“As dores que eu sinto é muito diferente, nunca tinha sentido antes.” (EN 12 – pg. 51)

“É o que eu sinto constantemente. É um incômodo. Em mim é constante.” (EN 09 – pg. 51)

“Eu procuro distrair, procuro esquecer.” (EN 02 – pg. 50)

“Dor é um incômodo que dói, deixa inquieto.” (EN 10 – pg. 51)

“Procurar um socorro para conseguir um médico e fazer o tratamento.” (EN 07 – pg. 50)

“Não tive mais controle no corpo.” (EN 07 – pg. 50).

“Eu me preocupo sim no momento que estou com dor, mas passou dali não acho que meus pensamentos estão associados à dor.” (EN 10 – pg. 51).

Dessa maneira, o profissional de saúde envolvido na trajetória terapêutica, mesmo deparando-se em alguns momentos da prática clínica com dúvidas e dificuldades sobre como interpretar um sintoma tão subjetivo como a dor, necessita abordar com cautela as declarações dos indivíduos avaliando questões envolvidas, não apenas pelo componente físico, mas também o psíquico e o social que possam estar envolvidos no contexto da dor^(17,35).

É nesse momento que a abordagem biopsicossocial apresenta-se de fundamental importância, pois envolve outras dimensões do indivíduo que não apenas a física, conforme abordado anteriormente pelo modelo biomédico. Isso, então, permite ao cuidador ampliar suas possibilidades de cuidado, procurando reconhecer e demonstrar ao indivíduo com dor os pequenos ganhos obtidos na trajetória terapêutica^(26,96).

Dessa maneira, favorece a manutenção do indivíduo no tratamento orientado, pois um dos fatores que contribuem para o desânimo e conseqüente abandono do tratamento por parte do doente é o não reconhecimento das conquistas obtidas durante a trajetória terapêutica⁽⁹⁶⁾.

6.1.1 Significado atribuído à dor

Nesse item, são apresentados, de acordo com as entrevistas realizadas, os significados que os indivíduos atribuem à dor crônica. Os relatos que compõem essa subcategoria foram descritas pelos 12 indivíduos questionados sobre o conceito de dor através da pergunta “O que é dor?”.

Dos entrevistados, dois indivíduos relacionaram a condição álgica à alteração do componente físico sendo que um deles especifica que a dor é proveniente de uma lesão e o outro aponta a limitação física das suas atividades em função da sintomatologia; nove utilizam a expressão de sensação ruim e incômoda para descrever sua condição, podendo comprometer outras dimensões que não apenas a física e, apenas um indivíduo, não conseguiu se expressar claramente informando que o sintoma álgico é “uma sensação diferente, nunca sentida antes”.

Na percepção dos entrevistados, dor é definida como “algo que incomoda”, “sensação insuportável”, “algo muito ruim” denotando condição de sofrimento, exemplificado nas falas abaixo:

“Dor é algo que incomoda nosso corpo. Relacionado a um machucado, qualquer coisa que aconteceu com você.” (EN 01 – pg. 50)

“É uma sensação muito ruim e a dor que eu sinto às vezes é até difícil explicar [...] então é uma sensação muito horrível, incomoda demais.” (EN 05 – pg. 50)

“Dor é algo muito ruim para mim. É uma coisa que incomoda bastante a pessoa, né? Que mexe com tudo na pessoa. Pra mim, a dor é horrível.” (EN 11– pg. 51)

“Dor é algo que incomoda bastante, que deixa a gente irritado.” (EN 04 – pg. 50)

“É uma sensação muito ruim e a dor que eu sinto às vezes é até difícil explicar como é a dor. Por que a dor não vem só de uma forma, vem de muitas formas [...]” (EN 05 – pg. 50)

“[...] doendo a pessoa se sente incomodada. É o que eu sentia nas pernas, nos braços, nas costas, mas com os medicamentos, aí passou. Hoje eu não sinto mais essas dores, sinto outros tipos de dores, nervosismo, problema na mente [...]” (EN 07 – pg. 50)

“Para mim, a dor é a pior coisa que pode existir. A partir do momento que você está sentindo dor, você perde a noção das coisas [...]” (EN 08 – pg. 51)

As clínicas de dor assumem grande importância no cuidado à saúde da população com dor crônica, na medida em que instituem programas de tratamento voltados para a melhora da sua condição de saúde. Envolvidas por uma abordagem multiprofissional, buscam abranger seus cuidados às múltiplas dimensões do indivíduo envolvidas na dor crônica^(35,97).

Entretanto, apenas direcionar os cuidados às múltiplas dimensões envolvidas não é suficiente para abordar essa condição de saúde. É preciso considerar, também, os estilos de vida e as formas de viver da população a quem se remetem os cuidados, visto que os conhecimentos, experiências vividas ou observadas, valores e crenças relacionam-se diretamente com a maneira de o indivíduo perceber e se comportar frente à dor^(45,61,98).

No que diz respeito à percepção da dor, os depoimentos abordaram o sintoma como uma condição capaz de desenvolver limitação física, bem como alterações psicossociais, refletindo o envolvimento multidimensional da condição crônica de saúde e reforçando os achados encontrados em outros estudos^(38,99). O fato de admitirem que a dor crônica gera comprometimento do componente físico e psíquico demonstrou que os indivíduos observaram, através de suas experiências, que esses aspectos exercem influência na forma de perceber o sintoma e, portanto, precisam ser considerados.

6.1.2 Causas da dor

Nesse item, são apresentadas as possíveis razões atribuídas pelos indivíduos como causas da dor crônica. As questões que compõem essa subcategoria foram descritas por meio do depoimento de 12 indivíduos questionados sobre quais fatores possuem relação com o sintoma álgico, realizado pela pergunta “O que pode fazer com que uma pessoa sinta dor?”.

Cinco depoimentos estiveram vinculados às questões físicas envolvendo excesso de trabalho/esforço físico, bem como a realização de movimentos bruscos e alteração mecânica; três falas foram excluídas, pois as respostas apresentadas não expressavam conteúdo referente ao que estava sendo questionado.

Por fim, quatro entrevistas apontaram, como causa da dor, uma condição multifatorial nas quais as questões emocionais e físicas estiveram diretamente envolvidas. Porém, analisando essas falas, observou-se a possibilidade de ampliação dos fatores envolvidos na causa da dor que não fossem, apenas, o físico e o emocional.

Isso fica demonstrado quando os indivíduos deixam expressos em seus depoimentos que diversos fatores podem causar dor, conforme ilustrado nas falas dos entrevistados 01, 04, 05 e 11.

“Magoar, tratar mal, machucar, humilhar são várias coisas que faz com que a pessoa sinta dor.” (EN 01– pg. 50)

“Às vezes excesso de trabalho, às vezes esforço físico, às vezes chateação, depende muito.”
(EN 04 – pg. 50)

“Acredito que várias coisas. A dor pode ter várias causas, não tem só uma coisa.” (EN 05 – pg. 50)

“Tem várias coisas, né? Há várias situações que podem causar dor na pessoa. Tanto a dor física quanto a dor emocional, muita coisa [...]” (EN 11 – pg. 51)

A análise dos dados dessa subcategoria sugere que a maioria dos indivíduos relacionam como motivos para o surgimento da dor questões envolvendo o componente físico. Essa observação remete aos conceitos abordados pelo modelo de saúde biomédico, que relaciona a causa da dor a uma única dimensão⁽⁸⁵⁾.

Na tentativa de explicar esse achado, podemos nos basear no fato de que o modelo de saúde reducionista e objetivo (biomédico) esteve, por muito tempo, presente como única referência na orientação da formação dos profissionais da área de saúde. E ele, sendo um dos agentes envolvidos na geração do conhecimento, pode ter utilizado essa referência como tentativa de explicar a condição crônica de saúde apresentada pelo indivíduo^(35,100,101).

Por esse motivo, os indivíduos podem ter utilizado deste conhecimento, associado às crenças e valores internalizados como justificativa para explicar o surgimento da dor, uma vez que o conhecimento adquirido está relacionado com a maneira pela qual o indivíduo percebe e expressa a dor^(45,61).

6.1.3 Consequências da dor

Nesse item, são apresentados os relatos sobre os aspectos que os indivíduos consideram ter surgido como consequência da dor crônica. As questões que compõem essa subcategoria foram descritas através do depoimento de 12 indivíduos questionados sobre quais pensamentos estariam associados à dor e quais sentimentos ou emoções estariam vinculados ao sentir dor.

Importante salientar que, associados aos aspectos psicológicos que estiveram presentes como consequência do processo algico e citados com maior frequência, os aspectos envolvendo a questão física também foram relatados.

Esse achado está exemplificado nas falas abaixo:

“Não sei dizer exatamente, porque a minha dor veio de uma hérnia de disco, onde eu já operei.” (EN 06 – pg. 50)

“Eu acho que vai desgastando, aí a pessoa vai sentindo dor.” (EN 10 – pg. 51)

Pensamentos negativos, sentimento de tristeza, irritação, desânimo e impotência surgiram como os relatos mais frequentes nas questões sobre sentimentos e pensamentos ao sentir dor, demonstrados nas falas 01, 03, 05, 08 e 11.

“[...] não penso coisas boas porque, na verdade, quando você sente dor você fica um pouco desesperada e, com isso, a cabeça não funciona bem, a cabeça funciona ruim.” (EN 01– pg. 50)

“[...] porque você não vai pensar numa coisa boa sentindo dor. Você fica triste, fica nervosa. Quando você está de bem, você pensa em coisas boas [...]” (EN 03 – pg. 50)

“Tristeza, choro muito. É difícil até falar, chego me emociono.” (EN 05 – pg. 50)

“[...] quando acontece, eu fico, eu sinto invalidez. Eu fico uma pessoa impotente, eu acho que eu não tenho cura.” (EN 08 – pg. 51)

“Eu fico muito deprimida quando eu estou sentindo muita dor. Isso mexe muito com meu emocional [...]” (EN 11– pg. 51)

A experiência de dor, especificamente para um entrevistado, apresentou, como consequência, o pensamento de tirar a própria vida, de querer morrer, estando vinculado ao sentimento de desesperança, como mostra o depoimento abaixo:

“Pensamentos de tirar a própria vida, como já aconteceu comigo [...] pensamento de desistir. [...] pensei que nunca ia ter fim, que nunca ia ter solução.” (EN 12 – pg. 51)

Apenas um entrevistado deixou transparecer, no seu depoimento, alterações na sua condição social envolvendo relação familiar e atividades habituais. Esse mesmo indivíduo enfatizou mudanças nos componentes psíquico e físico, considerando como causa do sintoma algico a lesão física. Isso demonstra que, apesar de o indivíduo relacionar diversos componentes no contexto da dor, ainda assim, associa a responsabilidade ao componente físico demonstrando como o conceito biomédico encontra-se entrelaçado à condição de saúde-doença.

De qualquer maneira, podemos aproximar esse depoimento à perspectiva do modelo biopsicossocial, uma vez que associa múltiplos componentes ao contexto da dor, independentemente de associar a razão do sintoma ao componente físico, mesmo porque, o modelo biopsicossocial, como já reiterado, não nega a relação física no componente da dor, mas apenas incorpora mais fatores que possam estar envolvidos na expressão algica^(46,55).

Abaixo, está apresentado o depoimento desse indivíduo relacionado ao que foi dito anteriormente:

“Eu acho que excesso de trabalho... dependendo do que a pessoa faz desde nova.” (EM – 03 pg. 50)

“Quando você está de bem, você pensa em coisas boas... você pensa em alegria, em carinho, com dor você não consegue raciocinar”; “você fica impossibilitada de todas as coisas, fica impossibilitada de sair... você tem falsa alegria perante sua família” (EN 03 – pg. 50)

Observando todos os depoimentos expressos nessa subcategoria, podemos citar um que demonstra uma particularidade (exemplificado no depoimento abaixo – grifo nosso). Esse relato apresenta uma consequência associada à questão algica (comprometimento emocional) a partir do olhar do paciente. Além disso, reproduz a opinião do profissional de saúde (médico) sob o entendimento desse mesmo paciente.

Fica demonstrado que esse profissional, assim como o paciente, acreditam que o componente emocional funciona como fator exacerbador do sintoma algico. Além disso, demonstra que o conhecimento instituído ao paciente, pelo profissional de saúde, assim como a crença de que o componente emocional está envolvido na expressão da dor, estão influenciando a maneira de o indivíduo perceber o sintoma, evidenciando, mais uma vez, a estreita relação das crenças na percepção da dor^(1,3,24).

*“Eu acho que o emocional. Meu médico fala que, às vezes, a dor não é tão intensa, mas, devido ao nosso emocional, **a dor se torna um monstro na vida da gente e eu acredito nisso sim.**”* (EN 11– pg. 51)

O comprometimento emocional esteve presente, em maior frequência, como consequência da dor, mas o comprometimento físico também esteve relacionado, apresentando-se como quadro de incapacidade funcional. Esse achado corrobora com alguns estudos que demonstram o envolvimento multidimensional no contexto da dor crônica, no qual a incapacidade funcional pode estar presente, porém, nem sempre será uma condição obrigatória e, portanto, não deve ser confundida como apresentação característica, mas como condição possível^(26,36).

Concluindo os resultados dessa categoria (Percebendo a dor crônica), foi observado que independentemente das diferenças observadas nos depoimentos, os entrevistados compartilham do reconhecimento de que a dor crônica gera alterações nos componentes físico e/ou emocional podendo abranger também o social e, por isso, deve ser abordada em um contexto envolvido pelo modelo biopsicossocial.

Dessa maneira, torna-se fundamental que o plano diagnóstico e de acompanhamento terapêutico contemple orientações que compreendam os aspectos multidimensionais relacionados na dor crônica, visto que, conhecer os fatores envolvidos, permitir-se experimentar novas experiências e desmistificar crenças instituídas é condição fundamental para a conquista de respostas clínicas positivas no quadro de dor crônica^(102,103).

Quadro 3 – Distribuição das unidades de registro pertencentes as perguntas selecionadas do Roteiro A.

	O QUE É DOR?	QUE PENSAMENTOS ESTÃO ASSOCIADOS A DOR?	O QUE PODE FAZER COM QUE UMA PESSOA SINTA DOR?	QUAIS SENTIMENTOS OU EMOCÕES VÊM A SUA CABEÇA AO SENTIR DOR?
EN 01	DOR E ALGO QUE INCOMODA NOSSO CORPO. RELACIONADO A UM MACHUCADO. QUALQUER COISA QUE ACONTECEU COM VOCE, ALGUMA COISA AI NOS CAUSA DOR E ESSA DOR TRAZ UM TRANSTORNO NAO MUITO BOM.	NAO SAO SAO PENSAMENTOS BONS, RUINS.	MAGOAR, TRATAR MAL, MACHUCAR, HUMILHAR SAO VARIAS COISAS QUE FAZ COM QUE A PESSOA SINTA DOR.	TRISTEZA. NAO PENSO COISAS BOAS PORQUE NA VERDADE QUANDO VOCE SENTE DOR, VOCE FICA UM POUCO DESESPERADA E COMISSO A CABECA NAO FUNCIONA BEM. A CABECA FUNCIONA RUIM.
EN 02	AH, NAO SEI DIZER. SO SEI QUE E RUIM, NAO E BOM.	EU PROCURO DISTRAIR, PROCURO ESQUECER.	EU ACHO QUE NUNCA SE DEVE FAZER NINGUEM SENTIR DOR. EU NAO SEI EXPLICAR.	NAO E BOA A EMOCAO NAO. EU NAO ME SINTO BEM.
EN 03	E ALGO INSUPORTAVEL QUE NAO CONSEGUE CONTROLAR.	UMA COISA MUITO RUIM, PORQUE VOCE NAO VAI PENSAR NUMA COISA BOA SENTINDO DOR. VOCE FICA TRISTE, FICA NERVOSA. QUANDO VOCE ESTA DE BEM VOCE PENSA EM COISAS BOAS, VOCE PENSA EM ALEGRIA, EM CARINHO COM DOR VOCE NAO CONSEGUE RACIOCINAR.	EU ACHO QUE EXCESSO DE TRABALHO. DEPENDENDO DO QUE A PESSOA FAZ DESDE NOVA. NO MEU CASO FOI EXCESSO DE TRABALHO. AI DESCOBRI QUE EU ESTAVA COM RADICULOPATIA SIMPATICA REFLEXA QUE AGORA DAO DIAGNOSTICO DE FIBROMIALGIA.	VOCE FICA IMPOSSIBILITADA DE TODAS AS COISAS, FICA IMPOSSIBILITADA DE SAIR. VOCE TEM FALSA ALEGRIA PERANTE SUA FAMILIA.
EN 04	DOR E ALGO QUE INCOMODA BASTANTE QUE DEIXA A GENTE IRRITADO.	PENSAMENTO NEGATIVO.	AS VEZES EXCESSO DE TRABALHO, AS VEZES ESFORÇO FISICO, AS VEZES CHATEAÇÃO, DEPENDE MUITO.	TRISTEZA.
EN 05	E UMA SENSACAO MUITO RUIME A DOR QUE EU SINTO AS VEZES E ATE DIFICIL EXPLICAR COMO E A DOR. PORQUE A DOR NAO VEM SO DE UMA FORMA VEM DE MUITAS FORMAS. ENTAO E UMA SENSACAO MUITO HORRIVEL, INCOMODA DEMAIS.	DESANIMO, TRISTEZA, VONTADE SO DE FICAR DEITADA. JA TIVE VONTADE DE DESISTIR DE TUDO. EU JA PENSEI EM CORRER, JA PENSEI VARIAS COISAS DEVIDO A DOR. PORQUE JA TEM MUITO TEMPO QUE EU SINTO DOR, DESDE 2004.	ACREDITO QUE VARIAS COISAS. A DOR PODE TER VARIAS CAUSAS NAO TEM SO UMA COISA.	TRISTEZA, CHORO MUITO. E DIFICIL ATE FALAR, CHEGO ME EMOCIONO.
EN 06	EU SINTO MUITA DOR, DE NAO CONSEGUIR FAZER NADA. AS MINHAS ATIVIDADES DOMESTICAS NAO CONSIGO REALIZAR, TENHO QUE VIR ATRAS DO TRATAMENTO PARA PODER MELHORAR.	NAO SEI DIZER EXATAMENTE, PORQUE A MINHA DOR VEIO DE UMA HERNIA DE DISCO, ONDE EU JA OPEREI. TO COM UM ANO DE OPERADA E NAO CONSIGO SAIR DA DOR. JA ENTREI EM CRISE, JA SAÍ, JA VOLTEI, JA USEI DUAS MULETAS. HOJE EU ANDO COM UMA SO E NAO CONSIGO SAIR DO QUADRO DE DOR.	MOVIMENTOS BRUSCOS, PEGAR PESO, VARRER CASA, FORRAR A MINHA PROPRIA CAMA EU NAO CONSIGO, FAZER MINHAS COMPRAS NO MERCADO EU NAO CONSIGO. ENTAO SAO MUITAS COISAS QUE FAZEM O PACIENTE SENTIR DOR.	EU HOJE EU SINTO O SISTEMA NERVOSO MUITO MEXIDO, EU TO FICANDO MUITO ROUCA INCLUSIVE, JA FUI EM VARIOS MEDICOS.
EN 07	DOR E QUANDO UMA PESSOA ESTA SENTINDO DOR NO CORPO, DOENDO A PESSOA SE SENTE INCOMODADA, E O QUE EU SENTIA NAS PERNAS, NOS BRAÇOS, NAS COSTAS, MAS COM OS MEDICAMENTOS AI PASSOU. HOJE EU NAO SINTO MAIS ESSAS DORES, SINTO OUTROS TIPOS DE DORES NERVOSISSIMO, PROBLEMA NA MENTE, PENSANDO MUITAS COISAS, MUITO NERVOSO COM BARULHO.	PROCURAR UM SOCORRO PARA CONSEGUIR UM MEDICO E FAZER O TRATAMENTO.	NAO TIVE MAIS CONTROLE NO CORPO	SINTO QUEIMAR, ARDER.

Distribuição das unidades de registro pertencentes as perguntas selecionadas do Roteiro A.

(continuação)

	O QUE É DOR?	QUE PENSAMENTOS ESTÃO ASSOCIADOS À DOR?	O QUE PODE FAZER COM QUE UMA PESSOA SINTA DOR?	QUAIS SENTIMENTOS OU EMOCÕES VÊM A SUA CABEÇA AO SENTIR DOR?
EN 08	PARA MIM A DOR É A PIOR COISA QUE PODE EXISTIR. A PARTIR DO MOMENTO QUE VOCE ESTÁ SENTINDO DOR VOCE PERDE A NOÇÃO DAS COISAS, NO CASO DA MINHA DOR.	NO MEU CASO, QUANDO ACONTECE EU FICO, EU SINTO INVALIDEZ, EU FICO UMA PESSOA IMPOTENTE, EU ACHO QUE EU NÃO TENHO CURA.	BEM, FALANDO DA DOR, NO MEU CASO EU ACREDITO QUE QUANDO EU ME ESFORÇO, SE FOR ASSIM A SUA PERGUNTA, QUANDO EU ME ESFORÇO DEMASIADAMENTE AI EU SINTO DOR.	E COMO EU DISSE, FRAQUEZA, IMPOTENCIA, PARECE QUE EU ESTOU COM UMA DOENÇA QUE NÃO VAI TER CURA NUNCA. PARECE QUE EU NUNCA MAIS VOU SER A MESMA PESSOA DE ANTES, E ISSO, NÃO É UM BOM SENTIMENTO.
EN 09	É O QUE EU SENTI COM ANTAVELMENTE, EU ME INCOMODO, EM MIM É CONSTANTE.	QUANDO EU ESTOU COM DOR EU FICO IRRITADA, MAL HUMORADA, É DIFÍCIL A CONCENTRAÇÃO, SÃO TANTAS COISAS.	DANDO PORRADA, NÃO SEI.	INCAPACIDADE, PORQUE VOCE ESTÁ ALI SENTINDO DOR, VOCE NÃO TEM O QUE FAZER, DAR ANGSTIA, SENSACÃO DE RAIVA PORQUE VOCE NÃO PODE FAZER NADA, É COMPLICADO!
EN 10	DOR É INCOMODO QUE DÁ, DEMA INQUIETO.	EU NÃO PRECISO SÓ NO MOMENTO QUE ESTOU COM DOR, MAS PARCIALMENTE NÃO ACHO QUE MEUS PENSAMENTOS ESTÃO ASSOCIADOS À DOR.	PROCURAR UMA SOLUÇÃO PARA MINIMIZAR ESSA DOR, SER A SEM MELHORAMENTO.	EU ACHO QUE VAI DESGASTANDO, AI A PESSOA VAI SENTINDO DOR.
EN 11	DOR É ALGO MUITO RUIM PARA MIM, É UMA COISA QUE INCOMODA BASTANTE A PESSOA, NE? QUE MEXE COM TUDO NA PESSOA, PRA MIM A DOR É HORRÍVEL.	EU ACHO QUE O EMOCIONAL, MEU MÉDICO FALA QUE AS VEZES A DOR NÃO É TÃO INTENSA, MAS DEVIDO AO NOSSO EMOCIONAL A DOR SE TORNA UM MONSTRO NA VIDA DA GENTE, E EU ACREDITO NISSO SIM.	TEM VÁRIAS COISAS, NE? HÁ VÁRIAS SITUAÇÕES QUE PODEM CAUSAR DOR NA PESSOA, TANTO A DOR FÍSICA QUANTO A DOR EMOCIONAL, MUITA COISA, UM SENTIMENTO NEGATIVO, A PESSOA QUE TEM DEPRESSÃO SENTE DORES E TAMBÉM PROBLEMAS FÍSICOS COMO DOR NA COLUNA, DOR DE CABEÇA, ENXAQUECA. TUDO ISSO PODE LEVAR A PESSOA A SENTIR DOR.	EU FICO MUITO DEPRIMIDA QUANDO EU ESTOU SENTINDO MUITA DOR, ISSO MEXE MUITO COM MEU EMOCIONAL, PORQUE NA REALIDADE O SER HUMANO NÃO ERA PARA SENTIR DOR, NE? EU GOSTARIA QUE NEM EU E NEM NINGUEM NO MUNDO INTEIRO SENTISSE DOR.
EN 12	ALGUMAS VEZES EU SINTO MUITO DEPRIMIDA, NUNCA TENHO SENTIDO ANTES.	PENSAMENTOS DE TIRAR A PRÓPRIA VIDA, COMO JÁ ACONTECEU COMIGO, EU JÁ TOMEI REMÉDIO PARA TIRAR MINHA PRÓPRIA VIDA, PENSAMENTO DE DESISTIR, JÁ JOGUEI REMÉDIO FORA, LASQUEI O CARTÃO POR CAUSA DA DOR, PENSEI QUE NUNCA IA TER FIM, QUE NUNCA IA TER SOLUÇÃO, MAS HOJE DEUS ME DEU O PODER DE ENXERGAR DIFERENTE E A DOR DIMINUIU.	NÃO SEI COMO ESSAS DORES APARECERAM EM MIM, EU ERA SÁDIA, HOJE ESTOU MELHOR, MAS AINDA NÃO CONSIGO LAVAR NEM MINHA PRÓPRIA ROUPA.	SENTIMENTO DE TRISTEZA, SENTIMENTO DE QUERER MORRER.

Fonte: Elaborado pela autora.

6.2 Práticas envolvidas no controle da dor crônica

Essa categoria descreve as estratégias de tratamento que os entrevistados informaram realizar em busca do alívio da dor. Analisando as falas relativas às práticas terapêuticas, pudemos observar que os indivíduos apontaram as condutas terapêuticas como um aspecto importante para o alívio da condição algica, gerando expectativas de que esses procedimentos auxiliariam no enfrentamento dessa experiência.

Diante das diversas práticas terapêuticas relatadas, reconhecemos a necessidade de construir subcategorias para análise dos dados obtidos. Esse procedimento foi realizado com o objetivo de separar didaticamente os tipos de condutas realizadas. Entre elas, podemos identificar a farmacológica, a fisioterapêutica e a religiosa.

Os conteúdos analisados nesta pesquisa referem-se aos procedimentos adotados pelos pacientes, estando eles prescritos ou não pelos profissionais de saúde. Nesse caso, entendemos que a população estudada apropriou-se do conhecimento difundido pelos profissionais de saúde, bem como das crenças construídas através das suas experiências para expor os procedimentos utilizados no controle da dor.

Vale salientar que as declarações dadas pelos entrevistados não foram comparadas com as prescrições dos profissionais do ambulatório, tendo em vista que o desenho da pesquisa utilizou apenas a fala dos indivíduos como fonte de dados. Composto essa categoria, foi realizada, inicialmente, a análise de seis questões referentes ao Roteiro C e, quatro, ao roteiro D. São elas:

Roteiro C – “Você acha que o sedentarismo interfere na dor?”; “E a atividade física, pode influenciar na dor? Aumentando ou diminuindo?”; “Você acha que as práticas espirituais influenciam a dor que as pessoas sentem? Se positivo, aumentando ou diminuindo?”; “Como elas poderiam influenciar?”; “Você acredita que a dor surgiu a partir do pecado do homem?”; “Você acredita que as pessoas que têm algum tipo de religião sentem menos dor? Por quê?”

Roteiro D – “O que você faz quando tem dor? Quais as suas atitudes? Você tenta acabar com a dor ou apenas controlá-la? Como faz isso?”; “Você usa remédios para controlar a dor? De que tipo? Esta é a sua principal forma de controlar a dor? Você acredita que existam outras? Combina remédios com outras práticas?”; “Você usa fisioterapia ou terapia ocupacional para

controlar a dor?"; "Você acha que existe relação entre movimento e dor? Você acha que, quando uma pessoa tem dor, ela deve parar de se mover ou de fazer algumas coisas?".

Para construção da análise envolvendo os depoimentos pertencentes a essa categoria (Práticas envolvidas no controle da dor crônica), a expectativa metodológica de adotar os mesmos parâmetros teóricos relativos aos modelos biomédico e biopsicossocial ficou inviabilizada. Isso decorreu de não terem sido localizadas, na literatura pesquisada, as orientações terapêuticas atribuídas aos referidos modelos de saúde como aquele realizado para avaliar os resultados da categoria percepção da dor.

A literatura examinada traz procedimentos envolvidos na busca pela promoção, manutenção ou recuperação da saúde do indivíduo, o que foi, então, considerado para avaliar o conhecimento dos pacientes na escolha de práticas terapêuticas para controle da dor. Além dos conhecimentos apropriados pelos pacientes, provenientes dos profissionais de saúde, outros conhecimentos de diferentes áreas sociais, a exemplo da religião, associaram-se ao senso comum que os indivíduos carregavam, transformados pela experiência da dor.

Consideramos conhecimentos apropriados ao senso comum, a concretude expressa pelos pacientes nas escolhas das referidas práticas adotadas como forma de controle dos sintomas apresentados. Dessa maneira, optamos por utilizar como referencial para essa análise informações relacionadas ao conteúdo de ciência e tecnologia em saúde, uma vez que apresenta informações que baseiam a atividade intervencionista⁽⁸¹⁾.

Do total das 45 entrevistas utilizadas para construção desta pesquisa, 33 foram selecionadas para compor essa categoria. Analisando os questionamentos pertencentes aos roteiros C e D que possibilitaram a construção dessa categoria, foi identificado que eles foram formulados de modo a apreender, predominantemente, as particularidades dos indivíduos, sua subjetividade.

Apesar dessa predominância, observamos que a formulação de alguns questionamentos que possibilitaram respostas categóricas, sim ou não, passíveis de quantificação, possibilitaram o controle dessa subjetividade. Objetividade e subjetividade, associadas às tecnologias em saúde, deram conteúdo teórico a essa categoria em que foram identificados procedimentos farmacológicos e não farmacológicos, a exemplo do olhar religioso como atitude ou prática, diante da dor.

Nesse sentido, pelo olhar religioso (procedimento não farmacológico), a dor foi abordada por alguns indivíduos como punição para resgate do pecado. Já outros, associaram a religião como condição capaz de minimizar os sintomas da dor revelando a fé como suporte para continuidade do tratamento e expectativa de melhora.

Em algumas entrevistas relacionadas ao procedimento fisioterapêutico puderam ser identificado relatos envolvendo medo do movimento e comportamento de evitação da dor, no qual o movimento esteve associado à produção ou intensificação da condição álgica, sendo escolhida, por alguns, a condição de repouso para alívio do sintoma.

Já para outra parcela dos entrevistados, realizar o movimento do corpo de maneira orientada, em busca de uma condição de alívio, foi tido como a melhor escolha, mesmo que, durante a execução do movimento, a dor estivesse presente ou se mantivesse algum tempo após a finalização da atividade.

A seguir, estão descritas as subcategorias identificadas como práticas terapêuticas que buscaram conhecer a maneira como os indivíduos com dor crônica lidam com sua condição de saúde.

6.2.1 Prática Farmacológica

Nesse item está representada a prática para o controle da dor baseada na conduta farmacológica. As informações que compõem essa subcategoria foram descritas por 16 indivíduos entrevistados e buscou conhecer as atitudes e condutas terapêuticas realizadas ao sentir dor através das perguntas: “O que você faz quando tem dor?”; “Quais as suas atitudes?”; “Você tenta acabar com a dor ou apenas controlá-la? Como faz isso?”.

O procedimento farmacológico foi identificado pela maioria dos entrevistados como prática importante para o controle da dor e, em alguns momentos, referida como única escolha possível para aliviar o sintoma. Assim como foi encontrado esse aspecto associado ao medicamento, identificamos, também, outros relatos negando sua utilização. Entre eles, podemos citar como justificativa os possíveis efeitos colaterais produzidos, crenças instituídas e impossibilidade de interação medicamentosa.

Os entrevistados, quando questionados sobre atitudes ao sentir dor (primeiro questionamento realizado no roteiro D), referiram que, para aliviar o sintoma fazem uso de medicamentos,

realizam repouso e outros procedimentos como massagem, bloqueio, fisioterapia e determinadas atividades para distrair o pensamento em relação à dor.

Dos entrevistados, 12 relataram utilizar medicamentos para alívio do sintoma e quatro realizavam outros procedimentos para o controle algíco. Entre os que utilizavam medicações como suporte, quatro indivíduos informaram que associavam o uso da medicação ao repouso e um indivíduo o associava à técnica de massagem.

Diante de todos os entrevistados dessa subcategoria (16 indivíduos), apenas um deles relatou não utilizar procedimento algum para alívio do sintoma, relatando apresentar atitude de ansiedade, nervosismo e estresse. Dois entrevistados informaram realizar atividades para distrair o pensamento como forma de controlar a dor e um informou fazer uso da fisioterapia.

Porém, analisando as falas dos indivíduos referentes ao que foi citado no parágrafo anterior, pudemos perceber que a primeira pergunta desse roteiro não enfatizava nenhuma terapêutica específica, e sim qualquer atitude visando o controle algíco. Talvez, por esse motivo, alguns indivíduos não tenham informado conduta alguma ao sentir dor, entendendo a questão como procedimentos que realizavam por prévia orientação.

Apesar dessa observação, esses questionamentos foram selecionados nessa subcategoria, pois, grande parte dos depoimentos, envolvia o uso de medicamento para o controle da dor. Alguns depoimentos sobre esse aspecto estão exemplificados abaixo:

“Assim... quando eu sinto dor, eu tomo medicamentos e relaxo. É preferível não fazer nada, eu fico quieto.” (EN 30 – pg. 90)

“Eu tomo medicação, mas eu não tenho sentido dores assim fortes como no início, mas tomo as medicações do tratamento.” (EN 31– pg. 90)

“Eu tomo remédio, me deito um pouco pra ver se relaxa.” (EN 37– pg. 92)

“Tomo remédio, faço massagem.” (EN 39 – pg. 92).

“Tomo remédio e faço bloqueio.” (EN 42 – pg. 93)

“Nada. Eu fico um pouco ansioso, nervoso, estressado.” (EN 33 – pg. 91)

“Eu procuro esquecer a dor porque tem momentos que a gente não pode estar deitado, [...] controlo a dor mentalmente.” (EN 35 – pg. 91)

“Procuro distrair a mente, procurar alguma coisa pra distrair. No meu caso mesmo, eu bordo, procuro fazer alguma coisa pra ver se eu esqueço a dor [...]” (EN 45 – pg. 94)

Analisando os depoimentos, verificamos que, apesar de os indivíduos apresentarem diferentes estratégias de enfrentamento, foi possível perceber que a terapia farmacológica representou a conduta mais utilizada no tratamento da dor crônica, estando, em alguns momentos, associada ou não a outros procedimentos.

Esse achado pode estar relacionado com orientações que fazem parte dos cuidados instituídos para o indivíduo com dor crônica, bem como por informações provenientes dos profissionais de saúde sobre o uso do medicamento como suporte terapêutico^(24,104). Além disso, a educação dos profissionais de saúde e suas intervenções têm sido dominadas, ainda, pelo modelo biomédico de saúde que busca o tratamento do sintoma decorrente de uma lesão^(62,84,105), fazendo-se necessário o uso de tecnologias duras e leve-duras na orientação intervencionista^(18,19,80).

Outra hipótese que pode tentar explicar esse achado está associada à percepção do indivíduo referente à fonte de controle das situações em sua saúde, sugerindo que a crença construída possibilita o direcionamento da ação a ser conduzida por ele^(8,45,61).

Outro questionamento realizado foi especificamente em relação ao uso do medicamento para o controle da dor, sendo ele a principal opção terapêutica (segundo questionamento desse roteiro). Nesse aspecto, todos os indivíduos foram unânimes em responder que utilizam medicamento para controlar a dor.

Por outro lado, quando questionados sobre o que fazem quando têm dor (questionamento anterior), três indivíduos não relataram a utilização de medicação, apesar de utilizarem-na; informação que foi constatada quando analisadas as duas perguntas que questionavam procedimentos realizados ao sentir dor, simultaneamente (O que você faz quando tem dor? e Você usa remédios para controlar a dor?). Esse relato pode ser identificado nas entrevistas 33, 35 e 45 – pg.”

“Nada. Eu fico um pouco ansioso, nervoso, estressado.” (EN 33 – pg. 91)

“E muito. Odeín, tilex, anitriptilina, baclofeno, dapantina e dipirona.” (EN 33 – pg. 91)

“Eu procuro esquecer a dor, porque tem momentos que a gente não pode estar deitado [...] controlo a dor mentalmente.” (EN 35 – pg. 91)

“Eu tomo remédios [...] aí eu já tomo muita medicação, aí eu não posso toda hora que sentir uma dor tomar remédio.” (EN 35 – pg. 91)

“Procuro distrair a mente, procurar alguma coisa pra distrair. No meu caso mesmo, eu bordo, procuro fazer alguma coisa pra ver se eu esqueço a dor [...]” (EN 45 – pg. 94)

“Só dipirona, porque eu tenho outros problemas de saúde, então, eu não posso ingerir outras medicações.” (EN 45 – pg. 94)

Ou seja, quando o questionamento apresentou uma dimensão maior ampliando as possibilidades de cuidado, alguns indivíduos não incluíram o medicamento como condição terapêutica, talvez por acreditarem que fazer algo quando se tem dor esteja associado à realização de alguma atividade prescrita ou orientada e não a qualquer atitude utilizada para alívio do sintoma.

Essa observação nos faz refletir a relação entre modelo de saúde e tecnologias em saúde, uma vez que essas tecnologias transformam o conhecimento em instrumentos de intervenção aplicados pelos profissionais de saúde, porém, o modo como essa tecnologia será aplicada, determinará limites para o que será identificado como necessidade de intervenção^(81,96).

Além disso, foi levantada a questão quanto à crença em outras formas terapêuticas no enfrentamento do sintoma, além do medicamento. Dos indivíduos questionados, 11 informaram que a prática medicamentosa é a principal forma de controle da dor e cinco, apesar de utilizarem-na como conduta terapêutica, acreditavam e até combinavam outras práticas como alternativa de tratamento. As práticas citadas como adjuvantes foram fisioterapia, massagem, exercícios, acupuntura e as práticas religiosas.

“Eu tomo remédio [...] só isso. Ah, eu também faço massagem quando tá muito forte assim, aí eu uso gel pra poder relaxar mais e melhorar mais.” (EN 37 – pg. 92)

“[...] fico sentindo dor até ir embora, vou fazer o que se o remédio que o médico passou é esse? E também, assim, eu nado né? Todos os dias para ver se estica os nervos [...]” (EN 40 – pg. 93)

“[...] ter a mente positiva, se concentrar, né? Já que você sabe que é um processo lento e longo, você tem que se concentrar em si mesmo, né? Exercícios, caminhadas, práticas religiosas [...] tem que ser positivo, eu tô sentindo, mas posso controlar.” (EN 41 – pg. 93)

“[...] a fisioterapia que alivia bastante, a acupuntura, que já fiz, melhora bastante.” (EN 45 – pg. 94)

“Eu faço fisioterapia e coloco gelo. Agora, faço todo dia mesmo e, quando não vou no local, faço em casa mesmo.” (EN 46 – pg. 94)

6.2.2 Prática Fisioterapêutica

Nesse item, está apresentada a conduta fisioterapêutica realizada pelos entrevistados enfatizando a influência do movimento e da atividade física no contexto da dor crônica. Os depoimentos que compõem essa subcategoria foram descritos por 17 indivíduos que responderam ao Roteiro de Entrevista C e, outros 16, que responderam ao Roteiro D.

Analisando o questionamento contido no Roteiro C, que relacionava a influência do sedentarismo ao sintoma álgico, pudemos observar que 14 indivíduos concordaram que o sedentarismo interfere na dor, um não respondeu ao questionamento realizado, um não observou influência e, o outro, não soube informar se há influência ou não no sintoma, uma vez que não realizava atividade física, apesar de ter sido orientado pelo profissional de saúde nesse sentido.

Foi possível extrair também do depoimento desse último entrevistado que a atividade física está associada à realização de caminhadas, atividade que se julga incapaz de fazer, e talvez, por esse motivo, ele não tenha seguido a orientação recomendada pelo profissional de saúde. Além disso, é frequente em indivíduos com dor crônica a crença de que o sintoma álgico esteja sendo causado por um dano físico^(8,25), refletindo a ideia do modelo biomédico de saúde.

Conforme encontrado neste estudo, pesquisas anteriores demonstraram que a relação incapacidade e dano físico influenciam na adesão ao tratamento, sendo que, quanto maior a

crença de incapacidade e dano físico, menor será essa adesão^(45,74). Ou seja, é imprescindível a construção de novos padrões de entendimento da condição de saúde esclarecendo, de fato, as limitações e as possíveis alternativas para melhora dessa condição, o que possibilitará a adesão terapêutica e a evolução do quadro clínico apresentado.

Mas, para isso, é preciso entender as necessidades de cada indivíduo buscando identificar aspectos peculiares, a fim de definir orientações terapêuticas individualizadas. No entanto, faz-se necessário instituir com maior frequência de abordagem o uso de tecnologias leves que têm como premissa a produção de relações de reciprocidade e vínculo, indispensáveis à efetivação do cuidado^(20,22).

Além disso, quanto menos instruído for o paciente em relação à sua condição de saúde, menor será sua capacidade de contribuir no favorecimento da sua recuperação^(8,105) e, menos favorável será, se a crença instituída pelo profissional de saúde estiver pautada em uma orientação que relacione incapacidade à lesão física⁽⁵¹⁾.

Essas observações estão exemplificadas abaixo pelas falas 13, 14, 20, 24, 16, 23.

“O sedentarismo interfere. Sinto mais dor quando fico muito tempo parada.” (EN 13 – pg. 87)

“O sedentarismo aumenta mais a dor.” (EN 14 – pg. 87)

“O sedentarismo trava mais a pessoa.” (EN 20 – pg. 98)

“O sedentarismo interfere porque, cada vez que você se movimenta, ajuda a diminuir a dor.”
(EN 24 – pg. 98)

“O sedentarismo não interfere na dor.” (EN 16 – pg. 87)

“O médico diz que é bom fazer atividade física, mas, como eu não posso fazer, eu não sei lhe dizer. Eu tenho artrose, não tenho condições de fazer caminhada.” (EN 23 – pg. 88)

Analisando outra questão desse roteiro, que relacionava a atividade física ao contexto da dor, observamos que 14 indivíduos relataram que a realização da atividade física contribui para melhora do sintoma álgico, um não respondeu ao questionamento e dois indicaram que a atividade física gera impactos negativos no sintoma. A descrição realizada acima está representada por alguns depoimentos a seguir:

“Fazendo atividade que vai melhorar a dor. Não pode ficar parada.” (EN 15 – pg. 87)

“Se a atividade física for feita corretamente, melhora a dor.” (EN 17 – pg. 87)

“Acho que a atividade física, no geral, ajuda [...]” (EN 19 – pg. 88)

“Fazer atividade física melhora a dor. Se ficar parado, vai ser pior.” (EN 22 – pg. 88)

“Mas, tem pessoas que fazem atividade física e relatam uma piora da dor logo após.” (EN 26 – pg. 89)

“Quanto mais você faz atividade física, pior você fica. Já fiz várias sessões de fisioterapia, hidromassagem e minha dor só piorava [...]” (EN 28 – pg. 89)

Entre as estratégias terapêuticas utilizadas no tratamento da dor crônica, presentes nessa categoria, a atividade física foi a mais utilizada. Embora seja uma modalidade amplamente orientada, seu efeito analgésico ainda não está completamente compreendido⁽⁶⁹⁾. Alguns estudos apontam a redução da dor após a realização da atividade física⁽⁹⁹⁾ enquanto outros apontam a atividade física como intensificador do sintoma álgico⁽⁷²⁾. Neste último caso, caberia ser investigada a adequação do diagnóstico com a prescrição e da prescrição como a execução da atividade, objeto de estudo fundamental para a fisioterapia.

Essa contradição quanto ao benefício do exercício físico acaba por gerar incertezas dos indivíduos quanto a sua prática. Porém, essa diversidade nos achados pode estar relacionada ao tipo de atividade orientada. Conforme demonstrado por alguns estudos, indivíduos com dor crônica beneficiam-se da realização de exercícios de baixa intensidade, sendo de fundamental importância adaptar a atividade às condições físicas e fisiológicas de cada um^(7,106).

Com essa orientação, espera-se que o indivíduo realize a conduta proposta sem que haja exacerbação do sintoma, garantindo sua manutenção na orientação terapêutica indicada e reduzindo os risco de abandono da atividade^(7,106), mas, para isso, é preciso conhecer cada experiência, em particular, identificando seu comportamento e suas reações, pois, apesar da condição clínica similar, as reações podem ser diversificadas.

Dessa maneira, observamos mais uma vez a importância de tecnologias leves na abordagem terapêutica que busca compreender os aspectos objetivos e subjetivos da condição de saúde, direcionando o foco para o aspecto sintomático (objetivo) em busca da melhor intervenção,

mas, também, nas trocas de experiências entre os indivíduos (subjetividade)^(18,20,80). Ou seja, os aspectos não se excluem, complementam-se, encontrando, nas tecnologias em saúde, um campo para expandir conhecimento e não se restringir a ciências biomédicas.

A reação que geralmente acontece, e é a menos almejada, está relacionada com o medo e a evitação do movimento na qual, o indivíduo, em decorrência de experiências anteriores negativas, evita sua realização acreditando que ele será o desencadeador ou exacerbador do sintoma^(26,42,72).

Analisando simultaneamente as duas questões do Roteiro C referentes a essa subcategoria, chama a atenção o entrevistado 16, uma vez que todos os outros indivíduos apresentaram respostas similares quanto aos questionamentos realizados, exceto dois deles que não responderam a uma das questões.

Ao expor sua opinião sobre a influência do sedentarismo e da atividade física na dor, o entrevistado 16 relata ideias opostas, ou seja, afirma que o sedentarismo não interfere na dor e, ao mesmo tempo, julga possível que a atividade física diminua a dor. Nesse momento, observamos a existência de uma resposta contraditória na qual o posicionamento posterior é contrário ao que foi dito inicialmente.

Quanto ao quesito contido no Roteiro D, questionando a realização de uma terapia conservadora específica (fisioterapia ou terapia ocupacional) para o controle da dor, encontramos 12 indivíduos que não realizavam essas alternativas como controle e, apenas quatro, utilizavam alguma dessas técnicas. Entre os indivíduos que não realizavam controle algico através dessas terapias, três depoimentos apresentaram características peculiares, representadas pelos indivíduos identificados como 36, 39 e 43.

“Eu já fiz muita fisioterapia, mas agora eu não tô fazendo mais não [...] agora eu parei, porque tá complicado, fisioterapia, difícil de achar.” (EN 36 – pg. 91)

“Eu faço em casa mesmo, eu fiz e não tive êxito, aí, eu parei.” (EN 39 – pg. 92)

“[...] já tentei fazer fisioterapia e, pra mim, foi pior” (EN 43 – pg. 94)

As falas apresentadas acima demonstram que, apesar de esses indivíduos já terem experimentado como alternativa terapêutica para o controle da dor, a fisioterapia, atualmente não mais realizam por motivos distintos. Ou porque não foi observado modificação do quadro

sintomático, apesar de ainda manter alguma atividade no domicílio, ou porque houve piora da condição algica, ou por apresentarem dificuldade de encontrar serviço que disponibilize a terapia para dar continuidade.

Esses depoimentos podem sugerir dificuldades relativas à dinâmica do atendimento no sistema público de saúde referente a essa terapêutica e insucesso na tentativa de realizar essa modalidade como procedimento para alívio dos sintomas. Uma condição que talvez explique esses achados é a instituição de técnicas inadequadas na condução terapêutica da dor crônica^(72,102,107).

Um outro questionamento realizado foi quanto à relação movimento e dor. Dos 16 indivíduos entrevistados, 14 concordaram existir relação entre movimento e dor e dois não a observaram.

“Eu acho que sim, viu? Tem algo a ver [...]” (EN 30 – pg. 90)

“Acredito que sim, às vezes alguns movimentos que a gente faz, faz com que a dor fique mais forte, outros não.” (EN 32 – pg. 90)

“Existe. Eu mesma tô aqui ótima, mas, se eu levantar eu vou sentir um pouco de dor [...]”
(EN 39 – pg. 92)

“Não, depende, né?” (EN 43 – pg. 94)

“Não. A minha dor é assim... quando eu tenho dor, eu não tenho graça para nada [...]” (EN 38 – pg. 92)

Quando questionados se a presença da dor é condição para não se movimentar, 13 indivíduos responderam que, apesar da presença da dor, parar de movimentar-se não representa a melhor opção, porém, é preciso estabelecer limites para que o esforço não ultrapasse a tolerância individual.

Apenas um indivíduo relatou que parar o movimento é a melhor escolha para alívio do sintoma e os outros dois não responderam exatamente o que foi questionado, sendo que um desses relatos (entrevistado 38) representou um desabafo do indivíduo quanto às limitações apresentadas em decorrência da dor.

Apesar do medo de movimentar a região comprometida pela dor ser um fator limitador para realização de determinadas terapêuticas, percebemos que essa não é uma crença predominante

nesses pacientes. Esse achado, por sua vez, favorece a trajetória terapêutica reduzindo os prejuízos presentes na condição de imobilidade e diminuindo os riscos de desenvolver incapacidade^(26,36).

Alguns relatos representando o que foi dito anteriormente estão exemplificados abaixo:

“Acho que, no instante do momento que a pessoa tá sentindo dor, é ótimo, mas não que a pessoa pare totalmente, entendeu?” (EN 30 – pg. 90)

“[...] acredito que deve suportar um pouquinho e continuar, porque, às vezes, se parar é pior.” (EN 32 – pg. 90)

“Acho que sim. Porque, se você tá com uma crise de dor, se for se movimentar, você vai sentir mais dor ainda. Então, quando eu tenho crise, geralmente eu tomo uma medicação, deito até que a dor passe.” (EN 33 – pg. 91)

“A minha dor é assim... quando eu tenho dor, eu não tenho graça pra nada [...] a minha vida não é fácil, tem dias que esse joelho incha muito ou a mão, não tenho firmeza pra pegar um copo, tem dias que eu não aguento fazer nada.” (EN 38 – pg. 92)

6.2.3 Prática Religiosa

Nesse item, está apresentada outra estratégia terapêutica adotada pelos indivíduos com dor crônica. A prática que compõe essa subcategoria foi descrita por 17 indivíduos questionados sobre a influência das práticas religiosas no quadro de dor e se o fato de estarem integrados a uma atividade religiosa modificava a condição algica atual.

Analisando os itens pautados na prática religiosa, encontramos que, dos 17 indivíduos entrevistados, nove referiram que a religião exercia influência no aspecto doloroso, auxiliando no controle algico, sendo que, entre eles, um relatou que a prática espiritual aumenta a dor.

Seis não observam relação entre essa prática e a modificação do sintoma e dois indivíduos não souberam responder se há influência.

“As práticas espirituais devem aumentar a dor.” (EN 14 – pg. 87)

“Acho que as práticas espirituais diminuem a dor, porque a pessoa relaxa.” (EN 15 – pg. 87)

“As práticas espirituais ajudam. Não aumenta nem diminui, mas consola a gente, dá um suporte, uma paz de espírito pra gente ficar tranquilo.” (EN 28 – pg. 89)

“Acredito que não tem interferência. Acho que o que ajuda é você estar bem consigo mesma.” (EN 27 – pg. 89)

“Não acho não.” (EN 13 – pg. 87)

No tópico que questiona como essa prática poderia influenciar no quadro algico, apenas dois indivíduos responderam a questão, direcionando sua opinião para um aspecto positivo, conforme demonstrado nas falas abaixo:

“Essas práticas podem influenciar melhorando a dor.” (EN 17 – pg. 87)

“Faço oração sentindo dor e, quando vejo, ela sumiu.” (EN 21 – pg. 88)

Com o passar do tempo, a medicina apresentou mudanças nos cuidados paliativos ao indivíduo com dor crônica. Por ser uma modalidade complexa, para dedicar-se ao tratamento das alterações associadas a esse quadro, é preciso considerar a interação entre os múltiplos componentes envolvidos – biológico, psicológico, social e religioso/espiritual abordando o indivíduo de uma maneira mais abrangente e enfatizando aspectos anteriormente não relacionados^(63,108).

Entre os componentes que não faziam parte de uma abordagem mais ampla, incluímos o componente religioso. Atualmente, ignorar o envolvimento desse aspecto no contexto da dor, principalmente da dor crônica, é abordar o indivíduo de maneira incompleta, uma vez que a religiosidade é apontada por diversos estudos como aspecto fundamental na conquista do equilíbrio e da saúde mental do indivíduo^(51,73,76), um fator que contribui para a melhora de respostas clínicas avaliadas rotineiramente.

Apesar dos benefícios alcançados, obviamente, a prática religiosa não substitui a prática médica, apenas complementa a terapêutica previamente orientada, contribuindo para a melhoria da saúde e do bem-estar do indivíduo.

No tópico que aborda a crença dos indivíduos para explicar o aparecimento da dor proveniente do pecado do homem, 10 indivíduos relacionaram o surgimento da condição

álgica a partir dessa concepção, direcionando o sofrimento, de acordo com alguns relatos, a passagens bíblicas e à vontade divina. Seguem, abaixo, algumas falas como exemplos:

“Deus fez a dor para nos atormentar, pra gente pagar os pecados da gente.” (EN 20 – pg. 88)

“Com certeza, a desobediência do homem foi quem provocou tudo isso.” (EN 23 – pg. 88)

“Acho que sim. Pelo menos, pelo que eu li na Bíblia.” (EN 17– pg. 87)

Assim como alguns indivíduos percebem relação entre a condição de dor e o cometimento de um pecado, outros não identificam esse tipo de associação, totalizando sete entrevistados. Mesmo assim, dois deles mencionam uma possibilidade dessa relação ser positiva, como descrito nas falas abaixo:

“Pode ser.” (EN 21 e 24 – pg. 88)

Ainda relacionada à crença, mas questionando, nesse momento, se participar de uma orientação religiosa possibilita ao indivíduo sentir menos dor, observamos que, do total dos entrevistados, 12 não acreditam nessa relação, podendo ser demonstrado em algumas falas, como a 13, 14, 21, 26 e 27.

“Não, porque eu tenho minha religião e sinto muita dor.” (EN 13 – pg. 87)

“Deus é um só. Deus que socorre a um, socorre a todos. Não é porque a pessoa é de uma religião que não sente nada. Se tiver que sentir, sente mesmo.” (EN 14 – pg. 87)

Não. A religião não tem relação nenhuma com a dor. Todos somos humanos e sentimos as mesmas coisas.” (EN 21 – pg. 88)

“Não. Somos todos iguais independentemente da religião.” (EN 26 – pg. 89)

“Não. Isso é coisa da cabeça do povo. Todos sentem dor independente da religião.” (EN 27 – pg. 89)

Os demais entrevistados identificaram diminuição dos sintomas, alívio da dor e sensação de conforto podendo influenciar em seu aspecto psicológico, conforme ilustrado nas falas 15, 17, 19, 22 e 23.

“Acredito que diminui a dor, porque você fica menos nervosa, se acalma mais e a dor vai sumindo.” (EN 15 – pg. 87)

“A fé faz muito bem. A pessoa, quando não tem nada pra se apegar, uma religião, não tem fé em nada, só fica pensando que vai morrer logo.” (EN 17 – pg. 87)

“A dor veio desde o início do mundo. Alguns são curados pela oração, outros precisam do médico [...]” (EN 19 – pg. 88)

“Se tiver fé, diminui a dor. Só dizer que é religioso, não muda em nada. Quem é religioso, tem que cumprir seu dever... ter muita fé.” (EN 22 – pg. 88)

“A religião ameniza a dor, porque a gente se liga mais em Deus e traz um alívio, porque Deus é dono de tudo.” (EN 23 – pg. 88)

Estudos demonstram que pacientes com níveis mais elevados de religiosidade são capazes de controlar mais a dor, porém, isso não está relacionado com a diminuição da sua intensidade e sim com maior tolerância ao sintoma⁽⁷³⁾.

Além disso, a prática religiosa pode proporcionar melhora do humor, sono, diminuição dos níveis de ansiedade e, em algumas situações, redução do consumo de medicamentos, demonstrando, de certa maneira, que essa abordagem pode ser utilizada como estratégia de enfrentamento, apesar de essa relação não ter sido encontrada nas informações apresentadas pela maioria dos entrevistados deste estudo^(73,76,108).

Importante perceber que, apesar de estarmos envolvidos por grandes avanços tecnológicos, a busca pela orientação religiosa – prática desenvolvida há milhares de anos – ainda se mantém presente, demonstrando sua importância no contexto da dor. Dessa maneira, é importante questionar o indivíduo com dor crônica, considerando sua relação com o componente religioso/espiritual, buscando entender o quanto esse aspecto influencia no seu comportamento frente à dor^(34,76).

Por outro lado, os entrevistados EN14 e EN16, ao serem questionados sobre “participar de uma orientação religiosa possibilita ao indivíduo sentir menos dor”, as respostas denotam a necessidade de dar tratamento, por análise de conteúdo, à religião como categoria analítica para o pesquisador, assim como de obter, do entrevistado, sua concepção de religião. São questões, cientificamente em aberto, para estudo da tese examinada nesta pesquisa.

Imaginamos o quanto deve ser desafiador para o profissional de saúde realizar esse tipo de questionamento, uma vez que sua formação, apesar de algumas modificações, ainda mantém-se pautada na orientação do cuidado à condição patológica^(35,51).

Apesar das limitações teóricas sobre a temática da religião e da espiritualidade, a constatação da presença dessa variável no contexto álgico explicitando o quanto a religiosidade tem influência no contexto doloroso do indivíduo, aponta a necessidade de ela ser valorizada e utilizada pelo profissional de saúde como uma alternativa adjuvante ao tratamento instituído, uma vez que poderá influenciar na sua adesão e corroborar com o objetivo terapêutico desejado⁽³⁴⁾.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir desta pesquisa, foi possível observar a proximidade entre os modelos de saúde e as tecnologias por eles empregadas, permitindo avaliar a condição de ciência e tecnologia diante do quadro clínico estudado.

A percepção da dor analisada permitiu identificar que o conhecimento, as crenças e experiências absorvidas, decorrentes da trajetória da condição clínica, são fatores que influenciam diretamente no sintoma álgico e na escolha de práticas terapêuticas. Esse achado sinaliza para a necessidade de a equipe profissional, comprometida com os cuidados à saúde na condição crônica, considerar a importância em compreender as informações apresentadas pelos indivíduos, reconhecendo as suas necessidades particulares.

Como consequência desse fato, é possível apreender a insuficiência dos modelos de saúde na abordagem de uma condição tão complexa. Além disso, aponta dificuldades para o profissional identificar aspectos comprometedores na evolução clínica, em razão de uma educação pautada em saberes biomédicos que reduz seu olhar para fatores biológicos, muitas vezes, negligenciando reais necessidades que poderiam ser exploradas pelos conhecimentos oferecidos pelas tecnologias em saúde e que, no entanto, deixam de ser usufruídos.

Refiro-me às tecnologias leves – tecnologia das relações – capazes de ofertar informações importantes para o entendimento do aspecto clínico de cada indivíduo. No entanto, em decorrência das transformações da medicina contemporânea acompanhada da sofisticação tecnológica que permite, cada vez mais, a identificação de uma razão patológica para a explicação do sintoma referido, deixa de lado esse recurso altamente estimado.

8 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Entre os fatores limitantes do estudo, podemos identificar a ausência de dados sociodemográficos relevantes, tais como, escolaridade, situação conjugal, condição socioeconômica, local e tempo de dor. Essas informações poderiam ser úteis para estabelecer relações entre as variáveis e a experiência de dor, quando realizado o cruzamento desses dados.

Porém, estudos já realizados nesse ambulatório, que coletaram características do perfil desses sujeitos, demonstraram que indivíduos do gênero feminino com idade a partir de 40 anos são os mais acometidos, corroborando com outros estudos que avaliaram dor crônica na população, demonstrando que a sua prevalência aumenta com o passar da idade e que as mulheres apresentam maior predisposição para desenvolvê-la, em relação ao homem^(1,6,26,87,97,109–111).

Como limitações da coleta de dados para o método selecionado, podemos destacar a realização de entrevistas utilizando questões diferentes com indivíduos diferentes. Na análise das entrevistas, foi identificado que elas não foram realizadas em um ambiente propício, o que pode ter modificado algumas informações relatadas.

Reconhecemos que o local de coleta dos dados, a sala de espera do ambulatório, não foi o local mais favorável para a realização da pesquisa, pois, a aplicação do roteiro, por não ter sido realizado em um local reservado, pode ter sofrido influências do ambiente (barulho, desvio da atenção e posição desconfortável do paciente).

Ao mesmo tempo em que esse ambiente pareceu desfavorável, se analisarmos que é também um local onde o indivíduo percebe a dor e difunde suas experiências, podemos entender que, naquele momento, estava sendo expresso o contexto da condição dolorosa vivida sob a expectativa do procedimento para alívio do sintoma – contexto interessante envolvido nas informações buscada pelo pesquisador.

Lima & Trad (2011) observaram, nesse mesmo ambulatório, que a sala de espera é o espaço onde as informações são socializadas entre os pacientes, influenciando-os nas escolhas terapêuticas e no envolvimento do sujeito no programa orientado, motivando, dessa maneira, o aprendizado sobre sua condição de saúde e as dinâmicas que cada um realiza dentro do ambulatório⁽¹⁷⁾.

Isso demonstra que, apesar de não ter sido o espaço mais adequado para a realização da pesquisa, foi o local que contribuiu para a observação do pesquisador a respeito do assunto estudado, pois é um ambiente no qual o indivíduo mantém suas relações sociais e que, conseqüentemente, influencia no componente álgico, segundo conceitos abordados no modelo biopsicossocial de saúde, conforme visto no capítulo referente à revisão de literatura

REFERÊNCIAS

1. Ruviaro L, Filippin L. Prevalência de dor crônica em uma Unidade Básica de Saúde de cidade de médio porte. *Rev Dor*. 2012;13(2):128–31.
2. Gouveia M, Augusto M. Custos indirectos da dor crónica em Portugal. *Rev Port Saúde Pública* [Internet]. 2011 Jul;29(2):100–7. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S087090251170013X>
3. Lima MAG de, Trad L. Dor crônica: objeto insubordinado. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos* [Internet]. 2008 Mar [cited 2015 Feb 8];15(1):117–33. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702008000100007&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
4. Dellaroza MSG, Furuya RK, Cabrera MAS, Matsuo T, Trelha C, Yamada KN, et al. Caracterização da dor crônica e métodos analgésicos utilizados por idosos da comunidade. *Rev Assoc Med Bras* [Internet]. 2008 Feb;54(1):36–41. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302008000100018&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
5. Johannes CB, Le TK, Zhou X, Johnston JA, Dworkin RH. The prevalence of chronic pain in United States adults: results of an internet-based survey. *J Pain* [Internet]. 2010 Nov;11(11):1230–9. Available from: <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:How+Prevalent+is+Chronic+Pain?#0>
6. Sá K, Baptista AF, Matos MA, Lessa I. Prevalência de dor crônica e fatores associados na população de Salvador, Bahia. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2009 Aug [cited 2014 Oct 19];43(4):622–30. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000400008&lng=pt&nrm=iso&tlng=en
7. Souza JB De, Bourgault P, Charest J, Marchand S. Programa de promoção da saúde em pacientes com fibromialgia: avaliação qualitativa e quantitativa. *Rev Dor*. 2009;10(2):98–105.
8. Salvetti MDG, Pimenta CADM. Dor crônica e a crença de auto-eficácia. *Rev Esc Enferm USP*. 2007;41(1):135–40.
9. 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* [Internet]. 2006 May [cited 2014 Jul 9];10(4):287–287. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16095934>
10. Brooks J, McCluskey S, King N, Burton K. Illness perceptions in the context of differing work participation outcomes: exploring the influence of significant others in persistent back pain. *BMC Musculoskelet Disord* [Internet]. *BMC Musculoskeletal Disorders*; 2013;14(1):1–21. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3562516&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>

11. Araújo ES de. CIF : Uma discussão sobre linearidade no modelo biopsicossocial. *Rev Fisioter S Fun Fortaleza*. 2013;2(1):6–13.
12. Toye F, Seers K, Allcock N, Briggs M, Carr E, Andrews J, et al. Patients' experiences of chronic non-malignant musculoskeletal pain: a qualitative systematic review. *Br J Gen Pract*. 2013;63(617):829–41.
13. Engel GL. The clinical application of the biopsychosocial model. *J Med Philos* [Internet]. 1981 Jan 1;6(2):101–24. Available from: <http://jmp.oxfordjournals.org/cgi/doi/10.1093/jmp/6.2.101>
14. Adler RH. Engel's biopsychosocial model is still relevant today. *J Psychosom Res* [Internet]. Elsevier Inc.; 2009 Dec;67(6):607–11. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2009.08.008>
15. Barros SRA de F, Pereira S de SL, Almeida Neto A. A formação de acadêmicos de enfermagem quanto à percepção da dor em duas instituições de ensino superior. *Rev Dor* [Internet]. 2011 Jun;12(2):131–7. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-00132011000200010&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
16. Gazzinelli MF, Gazzinelli A, Reis DC dos, Penna CM de M. Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2005 Feb;21(1):200–6. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000100022&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
17. Lima M, Trad L. “Circuloterapia”: uma metáfora para o enfrentamento da dor crônica em duas clínicas de dor. *Physis Rev Saúde Coletiva* [Internet]. 2011 [cited 2014 Nov 2];21(1):217–36. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312011000100013&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
18. Merhy EE, Feuerwerker LCM. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. *Leituras novas Tecnol e saúde* [Internet]. 2009;29–56. Available from: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-25.pdf>
19. Amorim FF, Júnior PNF, Faria ER, Almeida KJQ de. Avaliação de tecnologias em saúde: contexto histórico e perspectivas. *Com Ciências Saúde* [Internet]. 2010;21(4):343–7. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/artigos/avaliacao_tecnologias_saude.pdf
20. Rossi FR, Lima MAD da S. Acolhimento: tecnologia leve nos processos gerenciais do enfermeiro. *Rev Bras Enferm*. 2005;58(3):305–10.
21. Silva DC Da, Alvim NAT, Figueiredo PA De. Tecnologias leves em saúde e sua relação com o cuidado de enfermagem hospitalar. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2008 Jun;12(2):291–8. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452008000200014&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

22. Busanello J, Silva FM da, Sehnem GD, Poll MA, Deus LML de, Bohlke T da S. Assistência de enfermagem a portadores de feridas: tecnologias de cuidado desenvolvidas na atenção primária. *Rev Enferm da UFSM* [Internet]. 2013 Jul 8;3(1):175–84. Available from: <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/8532>
23. Morse JM. Using qualitative methods to access the pain experience. *Br J Pain* [Internet]. 2015 Feb 1;9(1):26–31. Available from: <http://bjp.sagepub.com/lookup/doi/10.1177/2049463714550507>
24. Kopf A. Guia para o tratamento da dor em contextos de poucos recursos [Internet]. IASP. 2009 [cited 2015 Feb 2]. p. 418. Available from: http://www.iasp-pain.org/files/Content/ContentFolders/Publications2/FreeBooks/GuidetoPainManagement_Portuguese.pdf
25. Kurita GP, Pimenta CA de M. Adesão ao tratamento da dor crônica: estudo de variáveis demográficas, terapêuticas e psicossociais. *Arq Neuropsiquiatr* [Internet]. 2003 [cited 2015 Feb 22];61(2-B):416–25. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/anp/v61n2b/16257.pdf>
26. Sardá Júnior JJ, Nicholas MK, Pimenta CA de M, Asghari A. Preditores biopsicossociais de dor, incapacidade e depressão em pacientes brasileiros com dor crônica. *Rev Dor* [Internet]. 2012 Jun;13(2):111–8. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-00132012000200003&lng=pt&nrm=iso&tlng=en
27. Teixeira M. Fisiopatologia da nocicepção e da supressão da dor. *J Bras Oclusão, ATM e Dor Orofac* -. 2001;
28. Neubarth F. Dor, quinto sinal vital. *Rev Bras Reumatol* [Internet]. 2004 Feb;44(1):71–4. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0482-50042004000100013&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
29. Sá KN, Baptista AF, Matos MA, Lessa Í. Chronic pain and gender in Salvador population, Brazil. *Pain* [Internet]. 2008 Oct 31 [cited 2014 Oct 19];139(3):498–506. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18672325>
30. Larner D. Chronic pain transition: a concept analysis. *Pain Manag Nurs* [Internet]. 2014 Sep [cited 2015 Feb 23];15(3):707–17. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23769800>
31. Eisenberger NI. The neural bases of social pain. *Psychosom Med* [Internet]. 2012 [cited 2014 Oct 6];74(2):126–35. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3273616&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
32. Ladeira CE. Evidence based practice guidelines for management of low back pain: physical therapy implications. *Rev Bras Fisioter* [Internet]. 2011 Jun [cited 2014 Mar 23];15(3):190–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21829982>

33. Nijs J, Kosek E, Oosterwijk J Van, Meeus M. Dysfunctional endogenous analgesia during exercise in patients with chronic pain: to exercise or not to exercise? *Pain Physician*. 2012;15(1):205–13.
34. Monteiro M, Reis-Pina P. Chronic pain - perceptions , limitations and implications . A social perspective. *J Investig Biomédica e Biofarm*. 2013;10(1):9–18.
35. Lima M, Trad L. A dor crônica sob o olhar médico: modelo biomédico e prática clínica. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2007 Nov [cited 2015 Jan 29];23(11):2672–80. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2007001100015&script=sci_arttext
36. Salvetti MDG, Pimenta CADM, Braga PE, Corrêa CF. Incapacidade relacionada à dor lombar crônica: prevalência e fatores associados. *Rev da Esc Enferm da USP* [Internet]. 2012 Oct;46(spe):16–23. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23250253>
37. Dellaroza MSG, Pimenta CA de M, Duarte YA, Lebrão ML. Dor crônica em idosos residentes em São Paulo, Brasil: prevalência, características e associação com capacidade funcional e mobilidade (Estudo SABE). *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2013 Feb;29(2):325–34. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000200019&lng=pt&nrm=iso&tlng=en
38. Garcia BT, Vieira EBM, Garcia JBS. Relação entre dor crônica e atividade laboral em pacientes portadores de síndromes dolorosas. *Rev Dor* [Internet]. 2013 Sep;14(3):204–9. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-00132013000300011&lng=pt&nrm=iso&tlng=en
39. Moseley L. Combined physiotherapy and education is efficacious for chronic low back pain. *Aust J Physiother* [Internet]. 2002 Jan;48(4):297–302. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12443524>
40. Wallace L, Wexler R, McDougale L, Miser F, Haddox D. Voices that may not otherwise be heard: a qualitative exploration into the perspectives of primary care patients living with chronic pain. *J Pain Res* [Internet]. 2014 Jun [cited 2015 Jan 27];7:291. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4051730&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
41. Sardá Junior J, Nicholas MK, Pereira IA, Pimenta CA de M, Asghari A, Cruz RM. Validation of the pain-related catastrophizing thoughts scale. *Acta Fisiátrica* [Internet]. 2008;15(1):31–6. Available from: <http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/0104-7795.20080001>
42. Pimenta CA. Conceitos culturais e a experiência dolorosa. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 1998 Aug;32(2):179–86. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62341998000200011&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

43. Quimby C. Behavioral methods for chronic pain and illness. *Anesthesiology* [Internet]. 1976 Oct;45(4):471. Available from: <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=00000542-197610000-00030>
44. Turk D, Meichenbaum D, Genest M, Berntzen D. Pain and behavioral medicine: a cognitive-behavioral perspective. *Scand J Behav Ther* [Internet]. 1984 Jan 22;13(4):243–4. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/16506078409455719>
45. Pimenta C, Cruz D. Crenças em dor crônica : validação do inventário de atitudes frente à dor para a língua portuguesa. *Rev Esc Enferm USP*. 2006;40(3):365–73.
46. Gatchel RJ, Peng YB, Peters ML, Fuchs PN, Turk DC. The biopsychosocial approach to chronic pain: Scientific advances and future directions. *Psychol Bull* [Internet]. 2007 Jul;133(4):581–624. Available from: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/0033-2909.133.4.581>
47. Alcântara MA, Sampaio RF, Pereira LSM, Fonseca ST, Silva FCM, Kirkwood RN, et al. Disability associated with pain—a clinical approximation of the mediating effect of belief and attitudes. *Physiother Theory Pract* [Internet]. 2010 Oct 11;26(7):459–67. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/09593980903580233>
48. Ferri SMN, Pereira MJB, Mishima SM, Caccia-Bava M do CG, Almeida MCP de. As tecnologias leves como geradoras de satisfação em usuários de uma unidade de saúde da família. *Interface*. 2007;11(23):515–29.
49. Departamento de Ciência e Tecnologia, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos M da S. Saúde define prioridades de pesquisa. *Rev Saude Publica* [Internet]. 2008 Oct;42(5):974–7. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000500027&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
50. Moraes G. Influência do saber biomédico na percepção da relação saúde / doença / incapacidade em idosos da comunidade. 2012.
51. McCollum L, Pincus T. A biopsychosocial model to complement a biomedical model: patient questionnaire data and socioeconomic status usually are more significant than laboratory tests and imaging studies in prognosis of rheumatoid arthritis. *Rheum Dis Clin North Am* [Internet]. 2009 Nov;35(4):699–712. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0889857X09000726>
52. Roth RS, Geisser ME, Williams DA. Interventional pain medicine: retreat from the biopsychosocial model of pain. *Transl Behav Med* [Internet]. 2012 Mar 16 [cited 2014 Nov 6];2(1):106–16. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s13142-011-0090-7>
53. Harland N, Lavallee D. Biopsychosocial management of chronic low back pain patients with psychological assessment and management tools. *Physiotherapy* [Internet]. 2003

- May [cited 2014 Mar 23];89(5):305–12. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0031940605600430>
54. Borrell-Carrio F. The biopsychosocial model 25 years later: principles, practice, and scientific inquiry. *Ann Fam Med* [Internet]. 2004 Nov 1;2(6):576–82. Available from: <http://www.annfammed.org/cgi/doi/10.1370/afm.245>
 55. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Psychodyn Psychiatry* [Internet]. 2012 Sep;40(3):377–96. Available from: <http://guilfordjournals.com/doi/abs/10.1521/pdps.2012.40.3.377>
 56. Campbell LC, Clauw DJ, Keefe FJ. Persistent pain and depression: a biopsychosocial perspective. *Biol Psychiatry* [Internet]. 2003 Aug [cited 2014 Mar 21];54(3):399–409. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0006322303005456>
 57. Montoya P, Larbig W, Braun C, Preissl H, Birbaumer N. Influence of social support and emotional context on pain processing and magnetic brain responses in fibromyalgia. *Arthritis Rheum* [Internet]. 2004 Dec [cited 2014 Mar 22];50(12):4035–44. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15593181>
 58. Lewis GN, Rice D, McNair PJ. Conditioned pain modulation in populations with chronic pain: a systematic review and meta-analysis. *J Pain* [Internet]. 2012;13:936–44. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22981090>
 59. Overmeer T, Boersma K, Denison E, Linton SJ. Does teaching physical therapists to deliver a biopsychosocial treatment program result in better patient outcomes? A randomized controlled trial. *Phys Ther* [Internet]. 2011 May 1 [cited 2014 May 14];91(5):804–19. Available from: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=medl&NEWS=N&AN=21451098>
<http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=emed10&NEWS=N&AN=21451098>
 60. Machado HB, Koelln CR. Crenças sobre saúde: influência nas atitudes de portadores de doenças crônico-degenerativas em relação ao cuidado à saúde. *Rev Bahiana Enferm*. 2008;22(1,2,3):121–34.
 61. De Marco MA. Do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial: um projeto de educação permanente. *Rev Bras Educ Med* [Internet]. 2006 Apr;30(1):60–72. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022006000100010&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
 62. Silva LF da, Alves F. Compreender as racionalidades leigas sobre saúde e doença. *Physis Rev Saúde Coletiva* [Internet]. 2011 Dec [cited 2014 Oct 6];21(4):1207–29. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312011000400003&lng=pt&nrm=iso&tlng=en
 63. Domenech J, Sánchez-Zuriaga D, Segura-Ortí E, Espejo-Tort B, Lisón JF. Impact of biomedical and biopsychosocial training sessions on the attitudes, beliefs, and recommendations of health care providers about low back pain: a randomised clinical trial. *Pain* [Internet]. International Association for the Study of Pain; 2011 Nov [cited

- 2014 Sep 28];152(11):2557–63. Available from: <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=00006396-201111000-00018>
64. Machado NJ. Objetividade e subjetividade na construção do conhecimento. 1969;
 65. Silva FG da. Subjectividade, individualidade, personalidade e identidade: concepções a partir da psicologia histórico-cultural. 2009;28:169–95.
 66. Virtual B, Secretaria DE, Trecho SAFSUL, Catalogr BF. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil. 2011. 148 p.
 67. Kraychete D, Siqueira J, Garcia J. Recomendações para uso de opioides no Brasil: Parte I Durval. *Rev Dor*. 2013;14(4):295–300.
 68. Souza J. Poderia a atividade física induzir analgesia em pacientes com dor crônica? *Rev Bras Med do Esporte* [Internet]. 2009 Apr [cited 2014 Mar 23];15(2):145–50. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-86922009000200013&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
 69. Mansour AR, Farmer MA, Baliki MN, Apkarian AV. Chronic pain: the role of learning and brain plasticity. *Restor Neurol Neurosci* [Internet]. 2014 Jan 1 [cited 2014 Nov 11];32(1):129–39. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23603439>
 70. Leeuw M, Goossens MEJB, Linton SJ, Crombez G, Boersma K, Vlaeyen JWS. The fear-avoidance model of musculoskeletal pain: Current state of scientific evidence [Internet]. *Journal of Behavioral Medicine*. 2007. p. 77–94. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s10865-006-9085-0>
 71. Gosling AP. Mecanismos de ação e efeitos da fisioterapia no tratamento da dor. *Rev Dor* [Internet]. 2012 Mar;13(1):65–70. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-00132012000100012&lng=pt&nrm=iso&tlng=en
 72. Peres MFP, Arantes AC de LQ, Lessa PS, Caous CA. A importância da integração da espiritualidade e da religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos. *Rev Psiquiatr Clínica* [Internet]. 2007;34(11):82–7. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832007000700011&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
 73. Pimenta C, Portnoi A. Dor e cultura. In: *Dor: um estudo multidisciplinar* [Internet]. São Paulo; 1999. p. 159–73. Available from: http://psicologos3.dominiotemporario.com/doc/Dor_e_Cultura.pdf
 74. Segre M, Ferraz FC. O conceito de saúde. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 1997 Oct;31(5):538–42. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101997000600016&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

75. Lago-Rizzardi C, Teixeira M, Siqueira S. Espiritualidade e religiosidade no enfrentamento da dor. *O mundo da saúde*. 2010;34(4):483–7.
76. Budó M de LD, Nicolini D, Resta DG, Bütttenbender E, Pippi MC, Ressel LB. A cultura permeando os sentimentos e as reações frente à dor. *Rev da Esc Enferm da USP* [Internet]. 2007 Mar;41(1):36–43. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342007000100005&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
77. Wachholtz AB PK. Is spirituality a critical ingredient of meditation? Comparing the effects of spiritual meditation, secular meditation, and relaxation on spiritual, psychological, cardiac, and pain outcomes. *J Behav Med*. 2005;Aug, 28(4):369–84.
78. Rizzardi-Lago C, Teixeira M, Siqueira S. Espiritualidade e religiosidade no enfrentamento da dor. *O Mundo da Saúde, São Paulo*. 2010;34(4):483–7.
79. Novaes H, Carneiro J. Ciência, tecnologia e inovação em saúde e desenvolvimento social e qualidade de vida: teses para debate. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2007 Nov [cited 2015 Feb 22];12:1841–9. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000700007&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
80. Caetano R. Paradigmas e trajetórias do processo de inovação tecnológica em saúde. *PHYSIS:Rev Saúde Coletiva*. 1998;8(2):71–94.
81. Almeida R, Infantosi A. A avaliação de tecnologia em saúde: uma metodologia para países em desenvolvimento [Internet]. 1998. 235 p. Available from: <http://books.scielo.org/id/889m2/03>
82. Departamento de Ciência e Tecnologia, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos M da S. Departamento de Ciência e Pesquisa Saúde: facilitando a apropriação do conhecimento científico na gestão de saúde. *Rev Saúde Pública*. 2010;44(5):975–8.
83. Ronzani T. A reforma curricular nos cursos de saúde: qual o papel das crenças? *Rev Bras Educ Med*. 2007;31(1):38–43.
84. Lima MAG de, Trad LAB. A dor crônica sob o olhar médico: modelo biomédico e prática clínica. *Cadernos de Saúde Pública*. 2007. p. 2672–80.
85. Matthias MS, Miech EJ, Myers LJ, Sargent C, Bair MJ. “There’s more to this pain than just pain”: how patients’ understanding of pain evolved during a randomized controlled trial for chronic pain. *J Pain* [Internet]. Elsevier Ltd; 2012 Jun;13(6):571–8. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1526590012005469>
86. Kraychete D, Sakata R. Perfil clínico de pacientes com dor crônica do ambulatório de dor do hospital Universitário Professor Edgard Santos-UFBA. *Rev Baiana ...* [Internet]. 2003 [cited 2014 Nov 2];27(2):185–95. Available from: http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/view/1084/pdf_373

87. Fontanella BJB, Luchesi BM, Saidel MGB, Ricas J, Turato ER, Melo DG. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2011;27(2):389–94. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000200020&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
88. Fontanella B, Ricas J, Turato E. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(1):17–27.
89. THIRY-CHERQUES HR. Saturação em pesquisa qualitativa: estimativa empírica de dimensionamento. *PMKT - Rev Bras Pesqui Mark - Opinião e Mídia*. 2009;(3):20–7.
90. Boni V, Quaresma SQ. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em ciências sociais. Em Tese [Internet]. 2005;2(3):68–80. Available from: http://www.emtese.ufsc.br/3_art5.pdf \n <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Aprendendo+a+entrevistar++como+fazer+entrevistas+em+Ci?ncias+ Sociais#0>
91. Deslandes S, Gomes R, Minayo M. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: Gomes R, editor. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 27th ed. Petrópolis, RJ: Editora Vozes; 2008. p. 82–102.
92. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. 70th ed. Lisboa: Editora Revista e Ampliada; 2009. 42 p.
93. Fraser MTD, Gondim SMG. Da fala do outro ao texto negociado: discussões sobre a entrevista na pesquisa qualitativa. *Paid (Ribeirão Preto)* [Internet]. 2004 Aug;14(28):139–52. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X2004000200004&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
94. Pondé MP, Mendonça MSS, Caroso C. Proposta metodológica para análise de dados qualitativos em dois níveis. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos* [Internet]. 2009 Mar [cited 2015 Jan 29];16(1):129–43. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702009000100008&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
95. Pereira T, Barros M, Augusto M. O cuidado em saúde : o paradigma biopsicossocial e a subjetividade em foco. *Ment Barb* [Internet]. 2011;(17):523–36. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/mental/v9n17/02.pdf>
96. Forni JE, Martins MRI, Rocha CED, Foss MHD, Dias LC, Santos Junior R dos, et al. Perfil sócio-demográfico e clínico de uma coorte de pacientes encaminhados a uma clinica de dor. *Rev Dor* [Internet]. 2012 Jun;13(2):147–51. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-00132012000200010&lng=pt&nrm=iso&tlng=en
97. Sanches L, Boemer M. O convívio com a dor : um enfoque existencial. *Rev Esc Enferm USP*. 2002;36(4):386–93.

98. Lizier D, Perez M, Sakata R. Exercícios para tratamento de lombalgia inespecífica. *Rev Bras Anesthesiol*. 2012;
99. Uchôa E, Vidal J. Antropologia médica: elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 1994 Dec [cited 2014 Oct 6];10(4):497–504. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1994000400010&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
100. Marquez JO. A dor e os seus aspectos multidimensionais. *Ciênc Cult*. 2011;63(2):28–32.
101. Magalhães MO, Costa LOP, Cabral CMN, Machado LAC. Attitudes and beliefs of Brazilian physical therapists about chronic low back pain: a cross-sectional study. *Brazilian J Phys Ther* [Internet]. 2012 Jun [cited 2014 Mar 23];16(3):248–53. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22481694>
102. Ayres JR de CM. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2001;6(1):63–72. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000100005&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
103. Mantovani MDF, Ulbrich EM, Pinotti S, Giacomozzi LM, Labronici LM, Sarquis LMM. O significado e a representação da doença crônica: conhecimento do portador de hipertensão arterial acerca de sua enfermidade. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2008 Dec 9;13(3):336–42. Available from: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/12964>
104. Silva RV, Costa PP, Fermino J de S. Vivência de educação em saúde: o grupo enquanto proposta de atuação. *Trab Educ e Saúde* [Internet]. 2008 [cited 2014 May 14];6(3):633–44. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462008000300014&lng=pt&nrm=iso&tlng=en
105. Santos FAA dos, Souza JB de, Antes DL, D’Orsi E. Prevalência de dor crônica e sua associação com a situação sociodemográfica e atividade física no lazer em idosos de Florianópolis, Santa Catarina: estudo de base populacional. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2015 Mar [cited 2015 Feb 18];18(1):234–47. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25651024>
106. Ferreira MC, Penido H, Aun A, Ferreira P, Ferreira ML, Oliveira VC. Eficácia dos exercícios de controle motor na dor lombopélvica: uma revisão sistemática. *Fisioter e Pesqui* [Internet]. 2009 Dec [cited 2014 Mar 23];16(4):374–9. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-29502009000400016&lng=pt&nrm=iso&tlng=en
107. Sevalho G. Uma abordagem histórica das representações sociais de saúde e doença. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 1993 Sep;9(3):349–63. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1993000300022&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

108. Castro MMC, Quarantini LC, Daltro C, Pires-Caldas M, Koenen KC, Kraychete DC, et al. Comorbidade de sintomas ansiosos e depressivos em pacientes com dor crônica e o impacto sobre a qualidade de vida. Rev Psiquiatr Clínica [Internet]. 2011;38(4):126–9. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832011000400002&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
109. Kraychete D, Oliveira I, Castro M, Quarantini C, Pires-Caldas M, Koenen K. Comorbidade de sintomas ansiosos e depressivos em pacientes com dor crônica e o impacto sobre a qualidade de vida. Rev Psiq Clin. 2011;38(4):126–9.
110. Cipriano A, Almeida DB de, Vall J. Perfil do paciente com dor crônica atendido em um ambulatório de dor de uma grande cidade do sul do Brasil. Rev Dor. 2011;12(4):297–300.

ANEXOS

A - Roteiro de entrevista do tipo estruturado (Roteiro A)

Temática: O que é dor?

Você acha que todas as pessoas sentem dor da mesma forma?

É possível passar a dor de uma pessoa para outra?

As pessoas respondem à dor da mesma maneira? Como elas normalmente respondem à dor?

Que pensamentos estão associados à dor?

O que pode fazer com que uma pessoa sinta dor?

Você acha que o tamanho da lesão no corpo determina o quanto a pessoa sentirá dor? Por exemplo, uma lesão grande irá gerar uma dor intensa e uma lesão pequena irá gerar dor fraca?

Você acha que existe a possibilidade de haver uma lesão no corpo que não provoque dor? Por exemplo, é possível ter uma hérnia de disco e não sentir dor?

Quando você encosta a mão numa panela quente, sente dor. Como você acha que isso acontece dentro do seu corpo?

Quais sentimentos ou emoções vêm a sua cabeça ao sentir dor?

Qual é seu comportamento ao sentir, por exemplo, dor de dente?

Que tipo de comportamento você já presenciou em outras pessoas ao sentirem dor?

Você já vivenciou alguma situação engraçada ao sentir dor?

Você já se imaginou sem sentir dor nenhuma? Como você acha que seria sua vida? É possível alguém que não sinta nenhuma dor estar vivo?

Você acha que a dor pode funcionar como um sistema de aviso para que você pare de fazer o que está fazendo?

Você acha que a quantidade de dinheiro ou estudo que uma pessoa tem influencia a quantidade de dor que ela sente? Por quê?

Você acha que o lugar (acesso, vizinhança, segurança) onde você mora influencia na sua dor?

Você acha que, se você viajasse mais e aproveitasse mais a vida, isso implicaria em menos dor?

Você acha que dor pode ser medida? Se você acha possível, como você faria para medir?

Se for solicitado para você dizer de 0 a 10 o valor de sua dor, como você monta essa escala na sua cabeça?

Você recorre à mesma forma de tratamento quando sente uma dor momentânea ou quando essa dor perdura por vários meses? Por quê?

Existe diferença no incômodo entre uma dor que vai e passa e outra que fica permanentemente?

B - Roteiro de entrevista do tipo estruturado (Roteiro B)**Temática: Como o corpo percebe e processa a dor?**

Como você acha que um estímulo agressivo se transforma em dor no nosso corpo?

Você acha que um outro fator que não esteja diretamente relacionado à sua dor poderia intensificá-la?

Você é capaz de diferenciar um nervo, a medula e o cérebro? Como cada um poderia estar relacionado à dor?

Você acha que, no corpo, existe alguma forma ou substância para diminuir a dor que uma pessoa sente?

Há quanto tempo sente dor? Você acha que uma informação dolorosa poderia ficar gravada no corpo? Se sim, como isso se processa?

Você acredita que o seu estado emocional influencia na sua dor? Por quê?

Uma pessoa pode ter uma dor que fica somente nas costas ou que vai para a perna. Qual seria a diferença?

Existe diferença entre dor de nervo por compressão e dor de inflamação?

Quando sentimos dor, o que acontece com os músculos? Fazer alguma atividade prazerosa (cantar, dançar, pintar, mexer nas plantas...) ajudaria a modificar essa situação, por quê?

C - Roteiro de entrevista do tipo estruturado (Roteiro C)

Temática: Quais os aspectos que influenciam a dor?

Você acha que, se você tivesse outra personalidade, sua dor seria maior, menor ou continuaria igual?

Você acha que a forma com que cada um encara a vida influencia na dor que ela sente? Ela sente a dor igual e expressa diferente ou sente e expressa diferente?

Você acha que o nível intelectual de uma pessoa influencia na forma como ela sente a dor? Você acha que a inteligência afeta a dor?

Você acha que o ser humano sente dor da mesma maneira que os outros animais?

Você acha que a cor da pele faz com que as pessoas sintam mais ou menos dor?

Você acha que a cultura afeta a dor? Por exemplo, você acha que orientais e ocidentais sentem dor da mesma maneira?

Você já deixou de ir à escola ou ao trabalho por causa de sua dor? Se você foi mesmo com dor, qual a experiência em viver essa situação?

Você acredita que a gordura influencia a dor que uma pessoa sente? Como isso aconteceria?

Quem sente mais dor, homem ou mulher? A diferença está na intensidade da dor ou no número de dores que sente no corpo?

Como você acha que isso acontece?

É igual para todos os tipos de dor, por exemplo, dor de parto, dor de pancada, dor de cabeça, dor nas costas ou dor de dente?

Você acha que o sedentarismo interfere na dor?

E a atividade física, pode influenciar a dor? Aumentando ou diminuindo?

Você acha que consumir bebidas alcoólicas influencia na dor que as pessoas sentem? Existe relação com a quantidade que a pessoa bebe? Se positivo, o que seria uma dose boa e uma ruim?

Se você acredita que a bebida aumenta ou diminui a dor, a que tipo de dor você se refere?

Você acha que o fumo influencia na dor que as pessoas sentem?

Você acha que as práticas espirituais influenciam a dor que as pessoas sentem? Se positivo, aumentando ou diminuindo?

Como elas poderiam influenciar?

Você acredita que a dor surgiu a partir do pecado do homem?

Você acredita que as pessoas que têm algum tipo de religião sentem menos dor? Por quê?

D - Roteiro de entrevista do tipo estruturado (Roteiro D)

Temática: Como controlar a dor?

O que fazer quando se tem dor?

O que você faz quando tem dor? Quais são suas atitudes? Você tenta acabar com a dor ou apenas controlá-la? Como você faz isso?

Você usa remédios para controlar a dor? De que tipo? Essa é a sua principal forma de controlar a dor? Você acredita que existam outras? Mais ou menos efetivas? Você combina remédios para controlar a dor? Combina remédios com outras práticas, tipo exercício, práticas religiosas etc.

Você acredita que a dor influencia o comportamento das pessoas? Você acredita que o comportamento influencia a dor? Como essas coisas acontecem? Você usa alguma estratégia psicológica para controlar a dor?

Você usa fisioterapia ou terapia ocupacional para controlar sua dor?

Você acha que existe relação entre movimento e dor? Você acha que, quando uma pessoa tem dor, ela deve parar de se mover ou de fazer coisas? Sempre? Para todos os tipos de dor?

O que você conhece de recursos da fisioterapia e da terapia ocupacional para controlar a dor?

Você acredita que pode se reeducar para poder se mover apesar da dor?

Quais são os recursos utilizados pela medicina chinesa?

Você acredita que eles são úteis para tratar pessoas com dor ou controlar a dor?

Você acredita que a homeopatia pode ser usada para controlar a dor?

Você acredita que as ervas podem ser úteis para controlar a dor?

Que ervas você conhece para esse fim? Como elas são utilizadas?

Você acredita que existam cirurgias para controlar a dor? Quais são? Quando utilizá-las?

A medicina popular tem vários recursos e alguns deles podem ser analgésicos? Você conhece algum?

Como integrar o tratamento?

Você acredita que esses tratamentos anteriores podem ser integrados?

ANEXO A- Distribuição das unidades de registro pertencentes às perguntas selecionadas do Roteiro C.

(continua)

E - Distribuição das unidades de registro pertencentes as perguntas selecionadas do Roteiro C

	VOCE ACHA QUE O SEDENTARISMO INTERFERE NA DOR?	E A ATIVIDADE FISICA, PODE INFLUENCIAR NA DOR? AUMENTANDO OU DIMINUINDO?	VOCE ACHA QUE AS PRATICAS ESPIRITUAIS INFLUENCIAM A DOR QUE AS PESSOAS SENTEM? SE POSITIVO, AUMENTANDO OU DIMINUINDO?	COMO ELAS PODERIAM INFLUENCIAR?	VOCE ACREDITA QUE A DOR SURTIU A PARTIR DO PECADO DO HOMEM?	VOCE ACREDITA QUE AS PESSOAS QUE TEM ALGUM TIPO DE RELIGIAO SENTEM MENOS DOR, PORQUE?
EN 13	O SEDENTARISMO INTERFERE SINTO MAIS DOR, QUANDO FICO MUITO TEMPO PARADA.	A ATIVIDADE FISICA AJUDA.	NAO ACHO NAO.	S/R	TODOS NOS SOMOS PECADORES, ENTAO SOFREMOS COM ALGUMA COISA.	NAO, PORQUE EU TENHO MINHA RELIGIAO E SINTO MUITA DOR.
EN 14	O SEDENTARISMO AUMENTA MAIS A DOR.	A ATIVIDADE FISICA PODE DIMINUIR A DOR.	AS PRATICAS ESPIRITUAIS DEVEM AUMENTAR A DOR.	NAO SEI	A DOR JA VEIO DO COMECO DO MUNDO COMO UMA RESPOSTA DO CORPO.	DEUS E UM SO. DEUS QUE SOCORRE A UM, SOCORRE A TODOS. NAO E PORQUE A PESSOA E DE UMA RELIGIAO QUE NAO SENTE NADA, SE TIVER QUE SENTIR, SENTE MESMO!
EN 15	ACHO QUE O SEDENTARISMO PODE PIORAR A DOR.	FAZENDO ATIVIDADE QUE VAI MELHORAR A DOR. NAO PODE FICAR PARADA.	ACHO QUE AS PRATICAS ESPIRITUAIS DIMINUEM A DOR, PORQUE A PESSOA RELAXA, TEM QUE TER FE.	S/R	ACREDITO QUE SIM	ACREDITO QUE DIMINUI A DOR, PORQUE VOCE FICA MENOS NERVOSA SE ACALMA MAIS E A DOR VAI SUMINDO.
EN 16	O SEDENTARISMO NAO INTERFERE NA DOR.	A ATIVIDADE FISICA PODE DIMINUIR A DOR.	NAO SEI	S/R	NAO.	NAO, TODOS SENTEM A DOR, IGUAL.
EN 17	SIM, O SEDENTARISMO INTERFERE.	SE A ATIVIDADE FISICA FOR FEITA CORRETAMENTE, MELHORA A DOR.	ACHO QUE SIM, EU LIA MUITO A BIBLIA E ME DISTRAI MUITO.	ESSAS PRATICAS PODEM INFLUENCIAR MELHORANDO A DOR.	ACHO QUE SIM, PELO MENOS PELO QUE EU LI NA BIBLIA.	A FE FAZ MUITO BEM. A PESSOA QUANDO NAO TEM NADA PRA SE APEGAR, UMA RELIGIAO, NAO TEM FE EM NADA, SO FICA PENSANDO QUE VAI MORRER, LOGO, EU POR EXEMPLO, ANTES DE TER UMA RELIGIAO ACHEI QUE FOSSE MORRER, ME DESPEDI DA MINHA FAMILIA E TUDO MAS HOJE GRAÇAS A DEUS TENHO FE QUE VOU VIVER CADA VEZ MAIS.
EN 18	INTERFERE, QUANDO EU FAÇO ATIVIDADE FISICA, EU ME SINTO BEM MELHOR. EU FAÇO ALONGAMENTO NA CLINICA DE OITO EM OITO DIAS, MAS TEM SEMANA QUE NAO DAR PARA IR PORQUE TENHO QUE VISITAR MEU PAI QUE ESTA INTERNADO. NA SEMANA QUE NAO FAÇO ALONGAMENTO, FICA TUDO DURO.	A ATIVIDADE FISICA MELHORA A DOR.	NAO.	S/R	NAO.	NAO.

(continuação)

	VOCE ACHA QUE O SEDENTARISMO INTERFERE NA DOR?	E A ATIVIDADE FISICA, PODE INFLUENCIAR NA DOR? AUMENTANDO OU DIMINUINDO?	VOCE ACHA QUE AS PRATICAS ESPIRITUAIS INFLUENCIAM A DOR QUE AS PESSOAS SENTEM? SE POSITIVO, AUMENTANDO OU DIMINUINDO?	COMO ELAS PODERIAM INFLUENCIAR?	VOCE ACREDITA QUE A DOR SURTIU A PARTIR DO PECADO DO HOMEM?	VOCE ACREDITA QUE AS PESSOAS QUE TEM ALGUM TIPO DE RELIGIAO SENTEM MENOS DOR, PORQUE?
EN 19	ACHO QUE INFLUENCIA. EU SEMPRE FUI ATIVA, MORAVA NA ROÇA, ANDAVA DE CAVALO, FAZIA MUITA ATIVIDADE, NAO SEI PORQUE ACONTECEU ISSO. EU NAO ENTENDO PORQUE FALA QUE ATIVIDADE FISICA AJUDA, PORQUE PRA MINHA MUDA MUITA COISA	ACHO QUE A ATIVIDADE FISICA NO GERAL AJUDA. CONHECI UM RAPAZ NO MAGALHAES NETO QUE FAZIA FISIOTERAPIA. ELE TINHA 30 SESCOES E MELHOROU, PORQUE ANTES ELE NAO CONSEGUIA NEM SE VIEJAR	AJUDAM MUITO. AS ORACOES MELHORAM MUITO. POR EXEMPLO, QUANDO ME INTERNEI COM A PEDRA NA VESICULA, ELA ENTROU NA PARTE BILIAE. O MEDICO FALOU QUE AS DORES IAM PIORAR MAS QUANDO O MEDICO FEZ O EXAME NAO TINHA MAIS NADA	S/R	SEGUNDO A BIBLIA, SIM	A DOR VEIO DESDE O INICIO DO MUNDO. ALGUNS SAO CURADOS PELA ORACAO, OUTROS PRECISAM DO MEDICO. NO MEU CASO A CURA DA VESICULA FOI POR DEUS.
EN 20	O SEDENTARISMO "TRAVA" MAIS A PESSOA	A ATIVIDADE FISICA DIMINUI A DOR	NAO. A RELIGIAO VAI AJUDAR EM QUE?	S/R	DEUS FEZ A DOR PARA NOS ATORMENTAR, PRA GENTE PAGAR OS PECADOS DA GENTE.	NAO.
EN 21	O SEDENTARISMO INTERFERE NA DOR, PORQUE FAZER ATIVIDADE FISICA E MUITO BOM. VOCE SE MOVIMENTA MAIS.	A ATIVIDADE FISICA MELHORA A DOR.	NAO.	S/R	PODE SER.	NAO. A RELIGIAO NAO TEM RELACAO NENHUMA COM A DOR. TODOS SOMOS HUMANOS E SENTIMOS AS MESMAS COISAS.
EN 22	O SEDENTARISMO INTERFERE.	FAZER ATIVIDADE FISICA MELHORA A DOR. SE FICAR PARADO VAI SER PIOR.	AJUDAM MUITO. TENHO TANTA FE EM DEUS QUE AS VEZES A MINHA DOR ESTA MUITO FORTE E EU NEM COLOCO REMEDIO	FAÇO ORACAO SENTINDO DOR E QUANDO VEJO, ELA SUMIU.	A DOR VEIO DA EPOCA DE ADAO E EVA. O HOMEM COMETEU UM PECADO E A DOR VEIO PARA PUNI-LO.	SE TIVER FE, DIMINUI A DOR. SO DIZER QUE E RELIGIOSO NAO MUDA EM NADA. QUEM E RELIGIOSO TEM QUE CUMPRIR SEU DEVER... TER MUITA FE!
EN 23	O MEDICO DIZ QUE E BOM FAZER ATIVIDADE FISICA, MAS COMO EU NAO POSSO FAZER EU NAO SEI LHE DIZER. EU TENHO ARTROSE, NAO TENHO CONDIÇÕES DE FAZER CAMINHADA.	S/R	ACHO QUE AJUDA MUITO. EU ORO. SOU CRISTA. EU TIVE CRISES E HOJE NAO TENHO MAIS. PORQUE EU CREIO EM DEUS, ELE PODE FAZER UM MILAGRE. ELE PODERIA TER ME CURADO JA	S/R	COM CERTEZA A DESOBEEDIENCIA DO HOMEM FOI QUEM PROVOCOU TUDO ISSO.	A RELIGIAO AMENIZA A DOR, PORQUE A GENTE SE LIGA MAIS EM DEUS E TRAZ UM ALIVIO, PORQUE DEUS E DONO DE TUDO. MUITAS VEZES EU CHEGUEI A IGREJA COM DOR E ACHAVA QUE NAO IA CONSEGUIR NEM ME AJELHAR PRA ORAR E ORAVA DURANTE HORAS SEM SENTIR DOR.

(conclusão)

	VOCE ACHA QUE O SEDENTARISMO INTERFERE NA DOR?	E A ATIVIDADE FISICA, PODE INFLUENCIAR NA DOR? AUMENTANDO OU DIMINUINDO?	VOCE ACHA QUE AS PRATICAS ESPIRITUAIS INFLUENCIAM A DOR QUE AS PESSOAS SENTEM? SE POSITIVO, AUMENTANDO OU DIMINUINDO?	COMO ELAS PODERIAM INFLUENCIAR?	VOCE ACREBITA QUE A DOR SURTIU A PARTIR DO PECADO DO HOMEM?	VOCE ACREBITA QUE AS PESSOAS QUE TEM ALGUM TIPO DE RELIGIAO SENTEM MENOS DOR, PORQUE?
EN 25	A FALTA DE ATIVIDADE INTERFERE NA DOR. PORQUE EU JA FIZ HIDROGINASTICA, AI MELHOREI. QUANDO EU ANDO MUITO A DORMENCIA DIMINUI.	ENTAO ACHO QUE A ATIVIDADE FISICA AJUDA A DOR.	ACHO QUE MELHORA. A GENTE SE SENTE MAIS SEGURO. TEMOS QUE ACREDITAR EM ALGUMA COISA SENAO AS COISAS PIORAM.	S/R	SEGUNDO A BIBLIA SIM.	TODOS SENTEM A MESMA DOR, MAS QUEM TEM RELIGIAO SE SENTE MAIS CONFORTAVEL.
EN 26	O SEDENTARISMO INTERFERE NA DOR. PORQUE FICAR PARADO, DIARIAMENTE SENTADO, SEM FAZER EXERCICIO, UMA CAMINHADA, ALONGAMENTO... ISSO PIORA!	MAS TEM PESSOAS QUE FAZEM ATIVIDADES FISICA E RELATAM UMA PIORA DA DOR LOGO APOS.	ACHO QUE NAO.	S/R	NAO.	NAO. SOMOS TODOS IGUAIS INDEPENDENTE DA RELIGIAO.
EN 27	ACHO QUE O SEDENTARISMO AFETA A PESSOA FICA MUITO TEMPO SEM SE MOVIMENTAR. SEM PROCURAR UMA ATIVIDADE FISICA. ACHO QUE ISSO INFLUENCIA MUITO.	ACHO QUE A ATIVIDADE FISICA AJUDA.	ACREDITO QUE NAO TEM INTERFERENCIA. ACHO QUE O QUE AJUDA E VOCE ESTAR BEM, CONSIGO MESMA.	S/R	NAO.	NAO. ISSO E COISA DA CABECA DO POVO. TODOS SENTEM DOR, INDEPENDENTE DA RELIGIAO.
EN 28	S/R	QUANTO MAIS VOCE FAZ ATIVIDADE FISICA, PIOR VOCE FICA. JA FIZ VARIAS SESSOES DE FISIOTERAPIA, HIDROMASSAGEM E MINHA DOR SO PIORAVA. O HOSPITAL SARAH TEM UMA REFERENCIA NE? ELES USARAM TODOS OS METODOS E NENHUM ALIVIAVA MINHA DOR. AI FOI ATRAVES DO BLOQUEIO VENOSO E EU COMECEI A TOMAR LOCAL... DOI MUITO. ANTES EU FAZIA DIARIAMENTE, MAS AGORA A DEMANDA ESTA TAO GRANDE QUE ESTOU TOMANDO DE 15 EM 15 DIAS.	AS PRATICAS ESPIRITUAIS AJUDAM NAO AUMENTA NEM DIMINUI MAS CONSOLA A GENTE. DA UM SUPORTE, UMA PAZ DE ESPIRITO PRA GENTE FICAR TRANQUILLO.	S/R	NAO.	NAO.
EN 29	O SEDENTARISMO INFLUENCIA MUITO. EU FAÇO HIDROGINASTICA E NA SEMANA QUE EU NAO POSSO IR, SINTO MUITA DOR.	AS ATIVIDADES FISICAS AJUDAM MUITO, A AGUA AJUDA O IMPACTO.	AS PRATICAS ESPIRITUAIS MELHORAM EU SOU CRISTA E SINTO ESSA DOR HA 7 ANOS. AS PESSOAS ATE DUVIDAM QUE EU SINTA ESSA DOR POR CAUSA DA MINHA AUTO ESTIMA, MINHA LUTA, PELA MINHA FE.	S/R	FOI A GENTE NAO ERA PRA SENTIR DOR, NAO ERA PRA MORRER.	NAO SENTE A MESMA DOR. POREM, QUEM TEM RELIGIAO ENCARA E BUSCA DE OUTRA FORMA. ORAR, FUNCIONA MUITO, CLAMAR, CHORAR.

Nota: S/R representa quesitos não respondidas pelos sujeitos entrevistados.

F - Distribuição das unidades de registro pertencentes as perguntas selecionadas do Roteiro D.

(continua)

	O QUE VOCE FAZ QUANDO TEM DOR? QUAIS AS SUAS ATITUDES? VOCE TENTA ACABAR COM A DOR OU APENAS CONTROLA-LA? COMO FAZ ISSO?	VOCE USA REMEDIOS PARA CONTROLAR A DOR? DE QUE TIPO? ESTA E A SUA PRINCIPAL FORMA DE CONTROLAR A DOR? VOCE ACREDITA QUE EXISTAM OUTRAS? COMBINA REMEDIOS COM OUTRAS PRACTICAS?	VOCE USA FISIOTERAPIA OU TERAPIA OCUPACIONAL PARA CONTROLAR A DOR?	VOCE ACHA QUE EXISTE RELACAO ENTRE MOVIMENTO E DOR? VOCE ACHA QUE QUANDO UMA PESSOA TEM DOR ELA DEVE PARAR DE SE MOVER OU DE FAZER ALGUMAS COISAS?
EN 30	ASSIM, QUANDO EU SINTO DOR EU TOMO MEDICAMENTOS E RELAXO E PREFERIVEL NAO FAZER NADA, EU FICO QUIETO. OLHA, O QUE EU TOMO E SO PARA CONTROLAR. TODOS OS DIAS SE EU NAO TOMAR A MEDICACAO EU SINTO DOR, AI ENTAO TODO DIA EU TENHO QUE TOMAR A MEDICACAO PARA NAO SENTIR DOR.	UTILIZO, O NOME E PREDNIZONA, E SO ESSE. E, QUANDO EU TOMO ELE PASSA A DOR, AI QUANDO DEMORA DE TOMAR FICO COM AQUELA DOR TERRIVEL, ENTEDEU? EXISTEM SIM NAO.	AINDA NAO.	EU ACHO QUE SIM, VIU? TEM ALGO HAVER, PORQUE ASSIM, UMA COISA QUE EU FAZIA ANTES QUE EU SENTIA ESSA DOR, HOJE EU NAO POSSO FAZER MAIS, E UMA ATIVIDADE FISICA, PEGAR UM PESO EU NAO CONSIGO MAIS E QUANDO PEGO COMEÇO A SENTIR DOR. ACHO QUE NO INSTANTE DO MOMENTO QUE A PESSOA TA SENTINDO DOR E OTIMO, MAS NAO QUE A PESSOA PARE TOTALMENTE, ENTEDEU? MAS NO INSTANTE EM QUE A PESSOA TA SENTINDO DOR E HOM DAR UMA PARADINHA ALI E RELAXAR.
EN 31	EU TOMO MEDICACAO, MAS EU NAO TENHO SENTIDO DORES ASSIM FORTES COMO NO INICIO, MAS TOMO AS MEDICACOES DO TRATAMENTO. EU TENTO ACABAR, NET TOMO A MEDICACAO, AI NAO SEI SE E DEVIDO A MEDICACAO MAS VAI PASSANDO E AI PARA MAIS NET.	USO EU USO CLOROQUINA, UPRAIMIZONA E USO AZADIOPINA E FAÇO O CONTROLE TAMBEM DO TP QUE EU USO AINDA ANTI-COAGULANTE QUE EU TIVE TROMBOSE E VASCULITE. E, EU NAO SENTI DOR TANTAS VEZES ASSIM NAO, EM MINHO QUE MAIS AFETA E QUEDA DE CABELO, AS MANCHAS, AS DORES SAO MAIS ASSIM, UM POUCO NA PERNA, MAS NAO E MAIS AQUELA DOR COMO NO INICIO DO PROBLEMA. NAO ASSIM, NAO ACREDITO MUITO NAO, NAO, A UNICA COISA ASSIM E QUE EU SOU CRISTA, ENTEDEU? EU CREIO NA CURA CREIO QUE DEUS VAI ME DAR MINHA CURA, MAS OUTRAS PRACTICAS RELIGIOSAS, NAO.	NAO.	E COMO EU FALEI, QUANDO EU ANDO DEMAIS A DOR AUMENTA, ENTEDEU? E PORQUE QUANDO E DOR, MESMO FORTE. VOCE PARANDO OU NAO A DOR VALESTAR ALI.
EN 32	EU TOMO OS ANALGESICOS PASSADOS PELO MEDICO. TOMO REMEDIO E DESCANSO UM POUCO. SIM, E, ACABAR A GENTE TENTA, NET MAS DURANTE O PERIODO DE TEMPO A GENTE VE QUE NAO DAR, ENTAO TENTA CONTROLAR COM AS MEDICACOES E DESCANSAR.	SIM, COMPRIMIDO E O BLOQUEIO QUE EU CONHEÇA NAO. COM A FISIOTERAPIA.	FAÇO FISIOTERAPIA.	ACREDITO QUE SIM, AS VEZES ALGUNS MOVIMENTOS QUE A GENTE FAZ, FAZ COM QUE A DOR FIQUE MAIS FORTE, OUTROS NAO, ACREDITO QUE DEVE SUPORTAR UM POUQUINHO E CONTINUAR, PORQUE AS VEZES, SE PARAR E PIOR.

(continuação)

	O QUE VOCE FAZ QUANDO TEM DOR? QUAIS AS SUAS ATITUDES? VOCE TENTA ACABAR COM A DOR OU APENAS CONTROLA-LA? COMO FAZ ISSO?	VOCE USA REMEDIOS PARA CONTROLAR A DOR? DE QUE TIPO? ESTA E A SUA PRINCIPAL FORMA DE CONTROLAR A DOR? VOCE ACREDITA QUE EXISTAM OUTRAS? COMBINA REMEDIOS COM OUTRAS PRATICAS?	VOCE ACHA QUE EXISTE RELACAO ENTRE MOVIMENTO E DOR? VOCE ACHA QUE QUANDO UMA PESSOA TEM DOR ELA DEVE PARAR DE SE MOVER OU DE FAZER ALGUMAS COISAS?
EN 33	NADA. EU FICO UM POUCO ANSIOSO, NERVOSO, ESTRESSADO.	E MUITO. ODEINA, TILIX, ANTRIPIILINA, BACLOFENO, DAPANTINA E DIPERONA. SEGUNDO O QUE OS MEDICOS DIZEM, E NE? E O QUE ELAS PASSAM PRA MIM. NAO SEI, NAO TENTEI NADA AINDA. NAO.	EXISTE SIM. CLARO, EU ACHO QUE SIM, PORQUE SE VOCE TA COM UMA CRISE DE DOR, SE FOR SE MOVIMENTAR, VOCE VAI SENTIR MAIS DOR AINDA, ENTAO QUANDO EU TENHO CRISE, GERALMENTE EU TOMO UMA MEDICACAO, DEITO ATE QUE A DOR PASSE.
EN 34	O QUE EU FAÇO? AS VEZES QUANDO DOI MUITO EU TOMO PARACETAMOL, AI PASSA. ACABAR COM A DOR NE? NINGUEM GOSTA DE SENTIR DOR. SE TIVER DOENDO MUITO, EU TOMO PARACETAMOL PRA ALIVIAR, MAS SE NAO RESOLVER EU FICO SENTINDO DOR, ATE PASSAR.	E SO ESSA FORMA QUE EU TENHO, PODE SER QUE SIM. NAO.	PODE SER QUE SIM. AS VEZES SIM.
EN 35	EU PROCURO ESQUECER A DOR, PORQUE TEM MOMENTOS QUE A GENTE NAO PODE ESTAR DEITADO E EU TAMBEM NAO POSSO TOMAR TODO TIPO DE MEDICACAO, ENTAO EU DIMINUI MUITO BEBER REMEDIO. CONTROLO A DOR, MENTALMENTE.	EU TOMO REMEDIOS, TOMO HIDROXICLORETINA, TOMO AMIDRILINA, TOMO DEPAKEN, AI EU JA TOMO MUITA MEDICACAO, AI EU NAO POSSO TODA HORA QUE SENTIR UMA DOR, TOMAR REMEDIO. SIM.	EXISTE. NAO, NAO TEM COMO PARAR.
EN 36	EU PROCURO TOMAR ALGUM REMEDIO PARA ALIVIAR, PROCURO UM POSTO DE EMERGENCIA, TENTO ACABAR COM A DOR, NE? FAZENDO TRATAMENTO.	EU JA FIZ MUITA FISIOTERAPIA, MAS AGORA EU NAO TO FAZENDO MAIS NAO, MAS EU JA FIZ 04 ANOS DIRETO LA NA IRMA DULCE, AGORA EU PAREI, PORQUE TA COMPLICADO FISIOTERAPIA, DIFICIL DE AGCHAR.	EXISTE. QUANTO MAIS VOCE SE MOVIMENTAR, AQUELA DOR PASSA, QUANTO MAIS VOCE PARA DE SE MOVIMENTAR, CONTINUA.

(continuação)

	O QUE VOCE FAZ QUANDO TEM DOR?	VOCE USA REMEDIOS PARA CONTROLAR A DOR? DE QUE TIPO?	VOCE ACHA QUE EXISTE RELAÇÃO ENTRE MOVIMENTO E DOR?	
<p>QUAIS AS SUAS ATITUDES?</p> <p>VOCE TENTA ACABAR COM A DOR OU APENAS CONTROLA-LA? COMO FAZ ISSO?</p>	<p>ESTA E A SUA PRINCIPAL FORMA DE CONTROLAR A DOR?</p> <p>VOCE ACREDITA QUE EXISTAM OUTRAS?</p> <p>COMBINA REMEDIOS COM OUTRAS PRACTICAS?</p>	<p>VOCE USA FISIOTERAPIA OU TERAPIA OCUPACIONAL PARA CONTROLAR A DOR?</p>	<p>VOCE ACHA QUE QUANDO UMA PESSOA TEM DOR ELA DEVE PARAR DE SE MOVER OU DE FAZER ALGUMAS COISAS?</p>	
<p>EN 37</p> <p>EU TOMO REMEDIO, ME DEITO UM POUCO PRA VER SE RELAXA E SE NAO DER EU CONTINUO FAZENDO MINHAS COISAS. MINHAS ATIVIDADES NORMAIS ACABAR A GENTE NAO ACABA ASSIM, NE? SO O ORGANISMO MESMO QUANDO VAI RELAXANDO E QUE VAI PASSANDO, MAS NAO TEM COMO ACABAR COM ELA.</p>	<p>SIM, EU TOMO REMEDIO. METATECSATI, MEDINSONA, SO ISSO. AH, EU TAMBEM FAÇO MASSAGEM QUANDO TA MUITO FORTE ASSIM, AI EU USO GEL PRA PODER RELAXAR MAIS E MELHORAR MAIS.</p> <p>ATE AGORA EU NAO ACHEI NAO TOMARA QUE APAREÇA NE?.</p> <p>NAO.</p>	<p>EU ATE TENTO FAZER COSTURA, BORDADOS. A GENTE ESQUECE NE? MAS PASSAR NAO A GENTE RELAXA ASSIM UM POUCO.</p>	<p>SIM</p> <p>QUANDO A GENTE SE MOVIMENTA MUITO, TEM VEZES QUE QUANDO EU FAÇO MUITO ESFORÇO FISICO EU SINTO DOR MAIS FORTE.</p>	
<p>EN 38</p> <p>TOMO QUALQUER TIPO DE REMEDIO[...] PORQUE A DOR E INSUPORTAVEL, TENHO REUMATISMO CRONICO, ARTRITOSE, ARTRITE... DOENÇAS CRONICAS NE? E AI EU TOMO ESSE REMEDIO PORQUE E O UNICO QUE ME ALIVIA. EU JA TENHO 30 ANOS COM ISSO.</p> <p>ACABAR NAO, ATE AGORA NAO ACHEI MELHORA, QUER DIZER, E PALIATIVO</p>	<p>E, ATE AGORA AINDA NAO ACHEI NENHUM PRA PASSAR A DOR, PORQUE NAO TEM COMO... PODE SER QUE DEUS ILUMINE A MENTE DOS MEDICOS QUE TENHA UM REMEDIO PRA ACABAR. NAO, NAO, QUASE NADA, PORQUE EU NAO TENHO PACIENCIA PRA MAIS NADA. EU TENHO O SISTEMA NERVOSO MUITO ABALADO, EU TENHO QUE TOMAR REMEDIO PRA DORMIR, PRA ME TRANQUILIZAR, PORQUE SE NAO EU VEJO ANOITECER E AMANHECER.</p>	<p>NAO, EU NAO FAÇO NADA PORQUE EU NAO TENHO PACIENCIA PARA NADA. EU ATE IA FALEI PRA MOÇA ALI, "ADIANTE MEU LADO" PORQUE EU JA TO AQUI A TEMPO DE ENLOUQUECER. EU TO AQUI DESDE ONZE DA MANHA, ESPERANDO PRA VER SE A DOUTORA ME ATENDE.</p>	<p>NAO. A MINHA DOR E ASSIM... QUANDO EU TENHO DOR, EU NAO TENHO GRAÇA PRA NADA [...] A MINHA VIDA NAO E FACIL, TEM DIAS QUE ESSE JOELHO INCHA MUITO OU A MAO, NAO TENHO FIRMEZA PRA PEGAR UM COPO, TEM DIAS QUE EU NAO AGUENTO FAZER NADA.</p>	
<p>EN 39</p> <p>TOMO REMEDIO, FAÇO MASSAGEM</p> <p>QUERER ACABAR A GENTE QUER, NE? MAS TEM DOR QUE NAO CONSEGUE ACABAR[...]</p>	<p>TOMO O QUE OS MEDICOS PASSAM</p> <p>E SIM, EU TOMO REMEDIO E PROCURO ESQUECER A DOR, NE? PORQUE SE FICAR LEMBRANDO PIORA MAIS AINDA</p> <p>EXISTIR, EXISTE [...] TEM GENTE QUE RECEBEU CURA ATRAVES DE ORAÇÕES, MAS EU NAO RECEBI CURA AINDA. EU FAÇO ORAÇÕES E DETERMINO CURA E USO REMEDIO DO MEDICO [...]</p>	<p>EU FAÇO EM CASA MESMO, EU FIZ E NAO TIVE EXITO, AI EU PAREI, EU FICO TOMANDO REMEDIO AQUI, PORQUE EU PRECISO ESTAR ANDANDO, SABER? [...] QUANTO MAIS VOCE PUDER MOVIMENTAR O CORPO, MAIS E BOM</p>	<p>EXISTE, EU MESMA TO AQUI OTIMA, MAS SE EU LEVANTAR, EU VOU SENTIR UM POUCO DE DOR [...] TEM DOR QUE VOCE PARADA ESTA BEM, MAS QUANDO COMEÇA A MOVIMENTAR, COMEÇA A SENTIR DOR, O MEU CASO MESMO E ESSE.</p> <p>NAO, NAO PODE. A NAO SER QUE SEJA UMA DOR MESMO QUE VOCE FIQUE INCAPACITADA [...] SE VOCE TA COM DOR, VOCE TEM QUE ANDAR NAO PODE SE ACOMODAR, SE ACOMODAR E PIOR A TENDENCIA E PIORAR.</p>	

(continuação)

	O QUE VOCE FAZ QUANDO TEM DOR? QUAIS AS SUAS ATITUDES? VOCE TENTA ACABAR COM A DOR OU APENAS CONTROLA-LA? COMO FAZ ISSO?	VOCE USA REMEDIOS PARA CONTROLAR A DOR? DE QUE TIPO? ESTA E A SUA PRINCIPAL FORMA DE CONTROLAR A DOR? VOCE ACREDITA QUE EXISTAM OUTRAS? COMBINA REMEDIOS COM OUTRAS PRATICAS?	VOCE USA FISIOTERAPIA OU TERAPIA OCUPACIONAL PARA CONTROLAR A DOR?	VOCE ACHA QUE EXISTE RELACAO ENTRE MOVIMENTO E DOR? VOCE ACHA QUE QUANDO UMA PESSOA TEM DOR ELA DEVE PARAR DE SE MOVER OU DE FAZER ALGUMAS COISAS?
EN 40	PROCURO UM MEDICO, TOMO REMEDIO, PROCURO ME CUIDAR. TENTO ACABAR COM A DOR. SEGUNDO AS INSTRUÇÕES MEDICAS	SIM, CORTICOIDE E... E FICO SENTINDO DOR ATE IR, EMBORA, VOU FAZER O QUE SE O REMEDIO QUE O MEDICO PASSOU E ESSE... E TAMBÉM ASSIM, EU NADO NE? O DOS DIAS PARA VER SE ESTICA OS NERVOS, APESAR QUE QUANDO EU SAO DA PISCINA AINDA DOI, MAS PELO MENOS SEI QUE TA ESTICANDO OS NERVOS. QUE EU SAIBA AINDA NAO. SIM. ORO MUITO, VOU PARA A IGREJA PEDIR A DEUS QUE MELHORE NE?	NA FISIOTERAPIA EU USO SO UMA BOLINHA	SE MOVIMENTAR DOI MAIS SE EU FOR DEITAR NA CAMA E COMEÇAR A ME MOVIMENTAR MINHAS DORES AUMENTAM MUITO. PARAR DE SE MOVIMENTAR? NAO, MESMO SENTINDO DOR TEM QUE SE MOVIMENTAR. PRA TODO TIPO DE DOR TEM QUE SE MOVIMENTAR. PRA NAO FICAR TRAUMATIZADO EM CIMA DE UMA CAMA. SE DEPENDESSE DE MIM EU NAO IA TRABALHAR, MAS EU TENTO MESMO DOENDO. EU NAO POSSO FICAR PARADA.
EN 41	REPOUSO E MUITO REMEDIO, NE? O POSSIVEL, NE? DORES A GENTE SENTE TODOS OS DIAS, ENTÃO E SO O CONTROLE, CUIDADO, TOMAR OS REMEDIOS NA HORA CERTA, CONTROLAR... A DOR NAO SE ACABA NAO. INFELIZMENTE ENQUANTO ESTIVER NESSE MUNDO AQUI	SIM, ANALGESICO, CORTICOIDE. NAO, TER A MENTE POSITIVA, SE CONCENTRAR NE? JA QUE VOCE SABE QUE E UM PROCESSO LENTO E LONGO, VOCE TEM QUE SE CONCENTRAR EM SI MESMO, NE? EXERCICIOS, CAMINHADAS, PRATICAS RELIGIOSAS [...] MENTE POSITIVA, VOCE NAO SO PENSAR EM SI, NAO FICAR COM PENA... TEM QUE SER POSITIVO * EU TO SENTINDO, MAS POSSO CONTROLAR*	TAVA FAZENDO HIDROGNASTICA, CAMINHADA, NO MOMENTO EU NAO TO FAZENDO MAIS, ESTOU EM REPOUSO. QUANDO EU POSSO, FAÇO QUANDO NAO, VOU OBEDECER O MEU CORPO.	EXISTE. PRINCIPALMENTE QUEM TEM A FIBROMIALGIA, VOCE TEM QUE SE MOVIMENTAR, MESMO DOENDO VOCE TEM QUE FAZER MOVIMENTO PORQUE SENAO ELA LHE ENTREVA, NAO, ALI DEPENDE TAMBEM DO CORPO DE CADA PESSOA, NE? PORQUE AS VEZES O MEU SISTEMA E DE UMA FORMA, O DE OUTRA PESSOA E DE OUTRA. AS VEZES EU POSSO SUPORTAR EM FAZER EXERCICIOS, JA TEM PESSOAS QUE NAO PODEM FAZER EXERCICIOS, MAS NAO DEVEM NUNCA DESISTIR, EU ACHO.
EN 42	TOMO REMEDIO E FAÇO BLOQUEIO. CONTROLAR A DOR, A DOR, NAO ACABA NAO.	USO DIPYRONA E BLOQUEIO VENOSO. E, NAO FAÇO MAIS NADA NAO ACHO QUE NAO. NAO.	NAO.	EXISTE. EU MESMA NAO CONSIGO FAZER UMA FAXINA, LAVAR UM PRATO, NAO FAÇO COMIDA. NAO DEVE PARAR, MAS A DOR E TAO INTENSA QUE A GENTE NAO CONSEGUE FAZER AS COISAS.

(conclusão)

	O QUE VOCE FAZ QUANDO TEM DOR?	VOCE USA REMEDIOS PARA CONTROLAR A DOR? DE QUE TIPO?	ESTA E A SUA PRINCIPAL FORMA DE CONTROLAR A DOR? VOCE ACREDITA QUE EXISTAM OUTRAS? COMBINA REMEDIOS COM OUTRAS PRACTICAS?	VOCE USA FISIOTERAPIA OU TERAPIA OCUPACIONAL PARA CONTROLAR A DOR?	VOCE ACHA QUE EXISTE RELACAO ENTRE MOVIMENTO E DOR?
EN 43	<p>QUAIS AS SUAS ATITUDES?</p> <p>VOCE TENTA ACABAR COM A DOR OU APENAS CONTROLA-LA? COMO FAZ ISSO?</p> <p>EU TOMO MEDICAMENTO CONTROLADO, NE? ENTAO SEMPRE AS DORES PASSAM. QUANDO NAO PASSAM A GENTE NAO FAZ NADA.</p> <p>ACABAR, NE? MAS COMO NAO TEM JEITO</p>	<p>EU USO ESFRICIMABE E OUTRO DE FORMULA. E, SO ESSA MESMO.</p> <p>EU ACHO QUE NAO, ACHO QUE TEM QUE CONTROLAR A DOENÇA.</p> <p>NAO.</p>	<p>NAO, PORQUE JA TENHEI FAZER FISIOTERAPIA E PRA MIM FOI PIOR. ANDAR TAMBEM EU JA CANSEI. PRIMEIRO EU COMEÇO ANDANDO AI DEPOIS FICO LOGO COM DOR. ENTAO POR ENQUANTO EU NAO FAÇO NADA</p>	<p>NAO, DEPENDE NE?</p> <p>SE VOCE E UMA PESSOA QUE TEM DOR, VOCE NAO VAI PODER PRACTICAR UM ESPORTE POR OUTRO LADO, SE VOCE FICAR MUITO TEMPO PARADO, VOCE TAMBEM VAI SENTIR DOR PORQUE VOCE ESTA SEM SE MOVIMENTAR. TEM QUE DOSAR.</p>	
EN 44	<p>ENTREVISTA EXCLUIDA POR NAO ESTAR COMPLETA</p> <p>PROCURO DISTRAIR A MENTE, PROCURAR ALGUMA COISA PRA DISTRAIR.</p> <p>NO MEU CASO MESMO EU BORDO, PROCURO FAZER ALGUMA COISA PRA VER SE EU ESQUEÇO A DOR, PORQUE TA DIFICIL.</p> <p>SO CONTROLAR, PORQUE ACABAR COMO E QUE ACABA? NAO TEM COMO!</p>	<p>SO DIFRONA, PORQUE EU TENHO OUTROS PROBLEMAS DE SAUDE, ENTAO EU NAO POSSO INGERIR OUTRAS MEDICACOES.</p> <p>E, O UNICO JEITO E O BLOQUEIO.</p> <p>EXISTEM SIM, A FISIOTERAPIA QUE ALIVIA BASTANTE, A ACUPUNTURA QUE JA FIZ MELHORA BASTANTE.</p> <p>NAO, NO CASO EU FREQUENTO A IGREJA MAS A GENTE SABE QUE O ALIVIO E SO NO MOMENTO MAS DEPOIS TUDO VOLTA NOVAMENTE.</p>	<p>NAO.</p>	<p>EXISTE, PORQUE NO CASO ESSE PROBLEMA QUE EU TENHO [...] TUDO QUANTO E MOVIMENTO QUE EU FAÇA, TUDO PRA MIM E DIFICIL. EM ALGUNS SENTIDOS SIM EM OUTROS NAO, PORQUE SE A GENTE PARAR TAMBEM A COISA PIORA.</p>	
EN 46	<p>BEM, ULTIMAMENTE EU TO FAZENDO FISIOTERAPIA.</p> <p>NAO, NAO ACABA. CONTROLA.</p>	<p>USO, OLHA, EU FAÇO FISIOTERAPIA E COLOCO GELO. AGORA FAÇO TODO DIA MESMO E QUANDO NAO VOU NO LOCAL FAÇO EM CASA MESMO. EU ACHO QUE EXISTE, EU PROCURO ME CONCENTRAR MUITO NA DOR. QUANDO TA DOENDO EU PROCURO DESVIAR O PENSAMENTO VOU FAZER OUTRA COISA. ATE ESQUEÇO QUE TA DOENDO.</p>	<p>USO [...] EU FIZ MAIS DE 01 ANO NA CATOLICA E AGORA ESTOU NO SARAH.</p>	<p>EXISTE. MOVIMENTO AQUELE DA FISIOTERAPIA E PRA ALIVIA A DOR [...]</p>	

G – Termo de Consentimento Livre e Esclarecimento



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Desenvolvimento de uma estratégia educativa no controle da dor

Instituição envolvida: Universidade Federal da Bahia

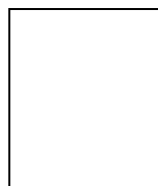
O Sr.(a) está sendo convidado a participar da pesquisa “Desenvolvimento de uma estratégia educativa no controle da dor”, com o objetivo de desenvolver um livro explicativo sobre dor para leigos.

O tema é importante por abordar a compreensão sobre como a dor acontece no nosso corpo. Isso pode, muitas vezes, fazer com que ela diminua. Para explicar às pessoas que não são da área da saúde como nós sentimos dor, intencionamos desenvolver um livro baseado em histórias de pessoas que têm dor crônica, que possam ilustrar todo o funcionamento do nosso corpo para sentir dor. Este estudo envolverá 100 pacientes e você pode ou não participar da pesquisa. Se quiser participar, deverá assinar este formulário em duas vias e manter uma cópia com você. Se decidir participar, mas mudar de ideia durante a pesquisa, poderá sair a qualquer momento sem se desculpar. Isso não afetará o cuidado e a atenção que seu médico ou outros profissionais de saúde têm dado a você. Você será entrevistado(a) por um(a) dos(as) pesquisadores(as) envolvidos(as) no trabalho, que irão lhe fazer perguntas sobre como é sua dor, como você convive com ela, quais ideias tem sobre o que acontece com você, quais tratamentos acha melhor e outras perguntas do mesmo tipo. Durante a entrevista, seus relatos poderão ser gravados ou filmados.

Os resultados desta pesquisa serão divulgados em congressos e revistas científicas, além de fazerem parte do texto de um livro que será editado. Os pesquisadores garantem guardar sigilo em relação à identidade dos participantes e estes têm a garantia de esclarecimento em relação a qualquer dúvida, antes e durante o curso da pesquisa, estando livres para recusar-se a participar da pesquisa, assim como retirar este consentimento a qualquer momento, sem penalização ou prejuízo ao seu cuidado. Não haverá remuneração aos participantes, apenas receberão o valor correspondente ao transporte para participar desta pesquisa, como ressarcimento.

Eu,.....dou meu consentimento para participar desta pesquisa, após ter lido, recebido os esclarecimentos e compreendido.

Salvador, ____ de _____ de _____.



Digital

Participante

Assinatura do pesquisador – Abrahão Fontes

INFORMAÇÕES:

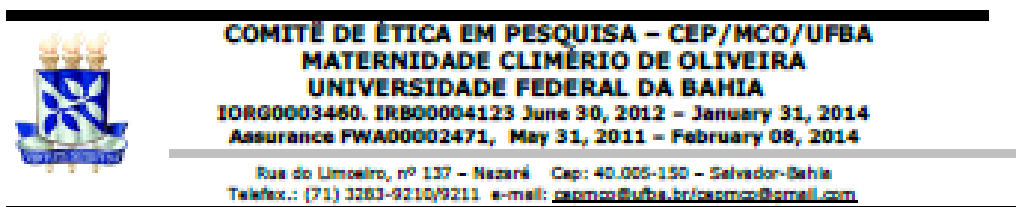
Abrahão Fontes Baptista: (71) 3283-8906, Av. Reitor Miguel Calmon, s/n, sala 306 – Vale do Canela
CEP: 40.110-902 Salvador - BA – Brasil.

Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade Climério de Oliveira – UFBA

End.: Rua do Limoeiro, nº 137, Nazaré - Salvador-Bahia

Tel: (71) 3283-8123 Email: diretoria@mco.ufba.br

H - Parecer consubstanciado da instituição proponente



PARECER/RESOLUÇÃO ADITIVA N.º108/2011

Para análise e deliberação deste Institucional a Professor, Doutor, **Abrahão Fontes Baptista**, Pesquisador Responsável pelo Projeto de Pesquisa “**Impacto de uma Intervenção Educativa no Controle da Dor**”, posto sob pendência, por este Colegiado, em 06 de Outubro de 2011 através do Parecer/Resolução N.º 042/2011, encaminhou, em 28 de Outubro de 2011, “02 (dois) TCLEs Apêndice I e II – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido”, “Declaração UFRJ, datada de 30 de Setembro de 2011” e “Ofício USP, datado de 28 de Setembro de 2011” bem como os esclarecimentos que foram satisfatórios em atendimento às pendências expostas no referido Parecer.

Cumprindo as exigências éticas para a execução da pesquisa, fica a mesma aprovada por esta Instância.

Salvador, 10 de Novembro de 2011.

Professor, Doutor, **Eduardo Martins Netto**
 Coordenador – CEP/MCO/UFBA

Observação importante. Toda a documentação anexa ao Protocolo proposto e rubricada pelo (a) Pesquisador (a), arquivada neste CEP, e também a outra devolvida com a rubrica da Secretária deste ao (à) mesmo (a), faz parte intrínseca deste Parecer/Resolução Aditiva e nas “Recomendações Adicionais” apensa, bem como a impostergável entrega de relatórios parciais e final como consta nesta liberação, (Modelo de Redação para Relatório de Pesquisa, anexo).