

UNIVERSIDADE
AUTÓNOMA
DE LISBOA



MESTRADO EM RELAÇÃO DE AJUDA E INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA

A Dor e o Sofrimento e o Preço Oculto a Pagar pela Vida

Dissertação para a obtenção do grau de Mestre em Relação de Ajuda e Intervenção
Terapêutica,

Autor: Rosa Andrade

Orientador: Professora Doutora Paula Pires

Dezembro de 2015

Lisboa

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação da Professora Doutora Paula Pires apresentada na UAL para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica conforme o despacho da DGES nº 19673/2006 publicado em Diário da República 2ª série de 26 de Setembro de 2006.

Pensamento:

É melhor trabalhar

Com risco de fracasso

Do que nada fazer

Por ter receio de fracassar

Dedicatória:

Dedicamos este trabalho,
a todos aqueles que
nos ajudaram a ser
e a saber ser.

Agradecimentos

Desejo agradecer aos Senhores Professores Doutor João Hipólito, Doutora Odete Nunes, Diretora do Departamento de Sociologia e Psicologia, e Doutor Joaquim Monteiro a oportunidade que me têm dado de aprender com eles e do que muito me deram.

Da mesma forma agradeço ao Senhor Professor Doutor José Paz todos os ensinamentos que transmitiu e que não foi tão pouco como pensar se possa.

O meu muito obrigada à Senhora Professora Doutora Paula Pires pelos esforços que fez para que esta investigação ficasse concluída.

Desejo de igual modo dar testemunho de gratidão a todos aqueles que abriram o coração para me ajudar neste esforço, nomeadamente aos doentes que não tiveram receio de me expor a sua vida.

A todos os professores e a todos os meus colegas que me ajudaram a atingir os meus objetivos.

BEM HAJAM POIS!!!

Resumo

O presente trabalho de investigação teve como objetivo conhecer as variáveis que estão associadas à dor crónica.

Na primeira parte do trabalho pretendeu-se fazer uma abordagem histórica da Dor tendo em consideração os aspetos antropológicos, a fisiologia da Dor, características, formas de intervenção na Dor e o papel da relação de ajuda no acompanhamento de quem sofre de Dor crónica.

O problema de investigação pretende conhecer quais as variáveis que estarão associadas à forma como a Dor é percecionada pelas pessoas que sofrem de dor crónica.

Foi realizado um estudo de natureza quantitativa, de cariz exploratório e comparativo, com o objetivo de responder às questões de investigação.

A amostra é constituída por um grupo de 123 participantes que sofrem de dor crónica, aos quais foi aplicado um Questionário Sociodemográfico e um Questionário de Perceção da Dor.

Os resultados revelam que os homens têm tendência a sentir mais dor do que as mulheres, que as pessoas com crenças religiosas apresentam valores mais elevados na expressão da dor do que as pessoas sem crenças religiosas, que o grupo que toma medicação de forma permanente revela sentir mais dor, que as pessoas que sentem dor com mais frequência apresentam uma média de intensidade da dor superior. No que se refere à atenção por parte das instituições, verificou-se que o grupo que revela ter mais atenção institucional expressa um nível médio de dor mais elevado relativamente ao grupo que refere ter alguma atenção ou pouca atenção. Finalmente, no que se refere à forma de conciliar a vivência da dor com o desempenho profissional e o com os aspetos de ordem familiar, os resultados sugerem que quanto maior a dificuldade de conciliação maior a intensidade da dor é vivenciada.

Concluimos salientando a importância do suporte social para a qualidade de vida de quem sofre de Dor crónica.

Palavras-chave: Dor Crónica; Fisiologia da dor; Género; Crenças Religiosas; Suporte Social.

ABSTRACT

This research aims to describe the variables associated with chronic pain.

The first part of this dissertation focuses on the definition of Pain, considering its history, anthropology, physiology, features, intervention typologies and the role of helping relationship for those dealing with chronic Pain.

The research question aims to know which variables are associated with how Pain is perceived by people suffering from chronic pain.

A quantitative exploratory and comparative study was conducted to answer the research question.

The sample includes 123 participants, all suffering from chronic pain, to whom a Sociodemographic Questionnaire and a Questionnaire on the Perception of Pain were applied.

Results have shown that men tend to feel more pain than women, that people with religious beliefs have a higher perception of pain than those who have no religious beliefs, that the group taking medication on a permanent basis reveals feeling more pain, and that the average of pain intensity is higher for those who feel pain most frequently. As far as institutions are concerned, it was made evident that the group that says they receive more institutional attention express, in average, a higher level of pain than the group that states they receive some or little attention. Finally, in regards to reconciling living in pain with professional performance and family, the results suggest that the more difficult it is to reconcile these elements the more intense is pain experienced.

We conclude emphasizing the relevance of social support in the quality of life of those suffering from chronic Pain.

Keywords: Chronic Pain; Physiology of Pain; Gender; Religious Beliefs; Social Aid.

Índice

Agradecimentos.....	V
Resumo.....	VI
Abstract.....	VII
Introdução.....	10
I Parte.....	12
Capítulo 1. Enquadramento Teórico.....	12
1.1. Uma Abordagem Histórica da Dor.....	13
1.2. Aspetos Antropológicos da Dor.....	15
1.3. O que é Então a Dor?.....	17
1.4.Fisiologia da Dor.....	19
Estrutura dos Neurónios.....	20
A neurosecreção.....	21
O neurónio – célula elétrica.....	22
As sinapses.....	23
A dor e os neurónios.....	25
Caraterísticas de tipos de dor.....	27
1.5.Formas de Intervenção na Dor.....	28
1.6. Impacto da Relação de Ajuda na Dor.....	30
II Parte.....	32
Capítulo 2. Problema, Pertinência do Estudo.....	33
2.1 Pertinência do estudo	33
2.2 Problema.....	35
III Parte	38
Capítulo 3.Metodologia.....	39
3.1 Delineamento do estudo	39
3.2. Questões de Investigação.....	39
3.3. Variáveis	40

Variáveis de critério.....	40
Variável dependente.....	41
3.4. Participantes	41
Descrição da Amostra.....	41
3.5. Instrumentos.....	54
Questionário sociodemográfico.....	54
Questionário da percepção da dor.....	54
3.6 Procedimentos	55
3.7. Procedimentos Estatísticos.	57
IV Parte.....	58
Capítulo 4. Resultados.....	59
V Parte.....	63
Capítulo 5. Discussão e Conclusão.....	64
Reflexão em jeito de posfácio.....	67
Referências Bibliográficas.....	70
Anexos	78
Anexo A – Consentimento informado	79
Anexo B – Questionário sociodemográfico.....	80
Anexo C – QPD	81

Introdução

Ao aproximar-se cada vez mais o fim de mais uma etapa da nossa vida académica na UAL, por mais estranho que pareça, aos oitenta e quatro anos de idade, é chegado o momento de prestar contas pela avaliação do percurso de aprendizagem, dos últimos anos de estudo.

Torna-se necessário avaliar a evolução atualizante, mas também fazer uma reflexão sobre os desacertos que se refletiram neste período, mas que, com persistência, nos conduziram até aqui, somente pelo interesse da aquisição de conhecimentos, ou seja: saber mais alguma coisa!

No entanto, não podemos deixar de referir que isso só foi possível devido ao esforço e empenho de muitos, que demonstraram ter paciência e disponibilidade para incentivar a concretização deste objetivo, procurando, assim saber mais alguma coisa sobre a nós próprios, e com isso poder ajudar os outros, tendo em conta que sessenta anos da nossa existência foram passados a lutar pela vida e a combater a Dor, o Sofrimento e a Morte.

Em consequência, escolhemos para trabalho final e para nos despedirmos pela segunda vez da Universidade Autónoma de Lisboa, o tema da Dor e o Sofrimento e, a forma de lhes fazer frente. O título do nosso trabalho *A Dor e o Sofrimento: o Preço a Pagar pela Vida*, não foi aleatório, pois que como já acima foi referido, sessenta anos de vida a lidar com a Dor, a lutar pela vida e contra a morte, deixaram de certo modo algumas marcas, daí a escolha do Tema.

Relembrar ou até esquecer, são duas faces da mesma moeda, onde se insere a dor e o sofrimento porque passámos, e o sofrimento e a dor daqueles com quem passámos a maior parte da vida, nomeadamente a observá-los e a dar-lhe apoio incondicional positivo. Por esta razão desejamos dizer o que vimos, ouvimos, escutámos e sentimos, ao ver muitos outros sofrer com dor, dezasseis horas por dia.

É obvio que não é fácil falar sobre isto, quer dizer, sobre os sentimentos de cada um, mas talvez possamos dizer que a dor é um sinal de alarme que nos alerta, que o corpo nos envia avisando-nos do que está a acontecer de anormal.

Este estudo tem por finalidade procurar saber o que é a Dor e o Sofrimento e vice-versa, qual a sua origem e qual a melhor forma de a combater. Como dizia Camões, “No Amor, num fogo que arde sem se ver”, mas que se sente profundamente.

Nas sociedades atuais, nos indicadores, nos atributos ou características de apoio, podemos considerar a Terapia Medicamentosa, Terapia pelo Movimento, Relação de Ajuda, Aconselhamento e Intervenção Terapêutica como fundamentais nesse processo.

Na investigação a fazer sobre a Dor e o Sofrimento e vice-versa, temos que ter em atenção que se trata de uma relação causa/ efeito entre Dor e Sofrimento psicológico e fisiológico. Assim, vamos tentar conhecer as inter-relações entre o corpo e a mente, o tempo de educação da dor e como é que o ser humano reage ao sofrimento. Inclui-se ainda a coesão existente entre o sistema límbico e as reações emocionais que passam a ser visíveis.

Por outro lado, tenta-se aflorar a sua interligação com os apoios a dar ou a prestar a quem tem ou sofre dor, sob o ponto de vista da saúde psicofisiológica.

A integração entre a teoria e a prática, espera-se que contribuía para o estudo das necessidades sentidas e reais, para o estudo dos recursos existentes, que possibilitem a sua realização, no âmbito do tema selecionado:

O presente trabalho foi estruturado em três partes, uma de cariz teórico, outra de cariz experimental e uma reflexão final. Na parte teórica começamos por fazer uma Abordagem Histórica da Dor, seguida de algumas reflexões sobre os Aspetos Antropológicos da Dor. Ocorreu-nos colocar algumas questões sobre O que é então a Dor? Apresentamos depois em percurso teórico reflexivo sobre a Fisiologia da Dor, Caracterização dos tipos de Dor e finalizamos com uma abordagem sobre o Impacto da Relação de Ajuda na Dor.

Na parte experimental do trabalho apresentamos o problema, a pertinência do estudo e as questões de investigação que considerámos para nós importantes. Desta segunda parte consta também o delineamento do estudo, o método utilizado, a caracterização da amostra e o instrumento que nos permitiu obter as informações e, finalmente, expomos os procedimentos estatísticos.

A terceira parte do trabalho concerne na apresentação e discussão dos resultados seguida de uma conclusão. Por último, terminamos com uma reflexão em jeito de posfácio.

I Parte - Enquadramento Teórico

Capítulo 1

1.1.Uma abordagem Histórica da Dor

É evidente que a história da Dor é longa, mas na atualidade a existência do Dolorismo já não se justifica, porque a gama de analgésicos existentes é vastíssima.

A preocupação com a existência e justificação da Dor tem conduzido os investigadores, filósofos, médicos, psicólogos e psiquiatras, ao encontro do problema da dor, porque ele existe em todas as civilizações culturais.

Todavia, o conceito de Dor, em si mesmo, varia consoante a evolução do conhecimento científico, a cultura, a zona geográfica, as grandes correntes de pensamento filosófico, e religioso e, ainda, com a perspetiva médico-cirúrgica.

Reportando-nos à compreensão do pensamento dos homens primitivos sobre a sensação de dor, atribuem-na a efeitos de ordem sobrenatural. Uma das formas de lidar com esta consequência consistia no recurso a amuletos ou/e incentivar práticas de feitiçaria para a apaziguar ou a retirar (Tainter, 1948; Bonica, 1990).

Hipócrates é considerado uma personagem fundamental na desmistificação da Dor (400 AC) pois defendia que se tratava de um estado contrário à harmonia natural. Assim a dor, dizia o autor, era um desequilíbrio orgânico devido a fatores externos, como por exemplo, o clima e o regime alimentar ou, ainda, devido a alterações dos humores, sangue, fleuma, bílis amarela e bílis negra (Pain, 1948). Como curiosidade referimos que Hipócrates receitava as palhas e as cascas de salgueiro para aliviar a dor.

Para alguns povos, Egípcios, Assírios, Hebreus e os Gregos, um dos nomes a destacar é o de Homero, a Dor era uma punição dos Deuses ou, sobre outro ponto de vista, era enviada como purificação da alma e libertação dos pecados (Rey, 1995).

É com o aparecimento de Aristóteles, quatro séculos antes de Cristo, que o conceito de Dor sofre uma mudança profunda. Para Platão e Aristóteles, dor e prazer eram sensações opostas, residiam no coração e eram paixões da alma (Plato, 1885). Estes filósofos reforçam esta ideia ao tentarem compreender os mecanismos da génese da dor, de forma a conseguirem evitá-la ou tratá-la.

No entanto, estes teóricos não consideram a dor como sendo uma sensação, mas sim, como uma emoção; do mesmo modo, consideram o seu contrário, o prazer, existindo um órgão mestre, ou seja, o coração, onde a dor tem guarida. Schwob (1994).

Todavia, Claude Galien e os seus contemporâneos Greco-romanos, nos inícios da nossa época, localizaram a dor no cérebro, interligada com as sensações emocionais.

Galien foi o primeiro teórico/ cientista a procurar na farmacopeia e na cirurgia a luta contra a dor, assim como descobrir qual era a doença causadora (Bariéty & Coury, 1963). Demonstrou um profundo respeito pelo paciente e uma conceção extraordinária da função de desempenho do médico.

Na Idade Média surge, após um milhar de anos de obscurantismo científico no Ocidente, um sinal de interesse pelo estudo da Dor (Santos Mota, 2010). Até aqui só a medicina Árabe, essencialmente com Avicena, é dada atenção à dor e aos analgésicos. (Castiglioni, 1941).

No entanto, o empirismo mantém-se e para atenuar e combater a Dor é usado o ópio, a salva, a hera e a mandrágora (Zélia, 2011)

Todavia na Renascença, sob o impulso da Academia fundada por Laurent de Médicis, assim como os trabalhos de Leonardo Da Vinci, surge a visão moderna da anatomia, da fisiologia da dor, como sensação transmitida pelo sistema nervoso aos centros cerebrais (Schwob, 1994).

Repare-se que Vesálio (1543) “pai da medicina, mas também da cirurgia, uma vez que a Medicina se afirmou como ciência através da observação de cadáveres humanos” (citado por Fiolhais, 2014, p.53) e Paré (1575), tiveram um grande impulso na época do Renascimento devido ao estudo e experiências que fizeram (Fiolhais, 2014), por exemplo, usando o éter como anestésico, realizando descobertas sobre a farmacologia medicamentosa e intervenções cirúrgicas analgésicas.

Descartes (1641/1983) debruça-se sobre os mistérios da Dor fantasma, manifestada pelos amputados, que sentem Dor sem ter o órgão já inexistente. Portela (1983) considera que a Dor é uma sensação de exacerbação do sentido do tato, ligada à circulação do espírito nos nervos. Probstner e Thuler referem “que o termo dor fantasma, de uso universal, só foi cunhado em 1871, por Silas Weir Mitchell. A dor fantasma pode mostrar-se de carácter grave e de difícil controle, e deve ser diferenciada do quadro algico que surge muitas vezes no coto de amputação, devido ao processo inflamatório inerente ao trauma cirúrgico” (2006, p. 396).

Darwin, em 1794, nos finais dos séculos das luzes (séc. XVIII) partilha ainda desta opinião, a qual vai persistir até ao século XX, quando surge o carácter eléctrico da transmissão nervosa (Galvani, 1971, citado por Assis, Miranda, Cavalcante, 2010).

Segundo Schwob (1994) um dos avanços mais fluorescentes na luta contra a dor reside na descoberta da hipnose, por Mesmer (1810), na utilização do protóxido de azoto por Hickman (1828), do clorofórmio por Soubeyran em 1828, do éter por Morton (1846) e, em 1894 é descoberta a aspirina. Contudo, Morton, em 1903, descobre também o veronal, o mais importante dos barbitúricos, revolucionando assim as formas de anestesia e, conseqüentemente, o alívio da dor.

Embora esta evolução fosse positiva, não deixou por isso de ser contestada, pois que, para os cirurgiões a dor fazia parte integrante e inevitável da situação cirúrgica, na medida em que sem dor não haveria diagnóstico.

François Magendie (1842, citado por Deloyers, 1970) considerava a perda de consciência como degradante e aviltante do ser humano, pelo que este devia ser corajoso, ao ponto de suportar a dor e assim possibilitar a avaliação clínica.

Por outro lado, a medicina também não estava de acordo com a ausência de dor, porque receava perder um dos sinais mais importantes e essenciais para o estabelecimento do diagnóstico clínico.

Contudo, os avanços sobre a compreensão e o tratamento centravam-se essencialmente nos aspetos neurológicos que, de certa maneira, eram explicados com acento na dimensão física e orgânica (Miceli, 2002). Ainda de acordo com este autor “No início do século XX, a Teoria da Relatividade de Einstein revoluciona a crença nas leis objetivas do Universo, na existência da Verdade e na certeza da observação (...). A partir de Einstein e das novas teorias psicológicas, a Ciência rumo para um novo paradigma, que é sistêmico, e onde o contexto é valorizado. Nos dias atuais, é incabível pensar em corpo e mente que não seja como um sistema integrado” (pp. 364,365).

Segundo Duarte Correia, Presidente da APED (2015) e de acordo com a declaração de Montreal “5 milhões de pessoas em todo o mundo vivem em países com inadequado ou insuficiente acesso ao tratamento da Dor. Com esta declaração, o objetivo é garantir que os países têm conhecimento e apoio para estabelecer leis, políticas e sistemas que possam ajudar as pessoas que sofrem de dor a receber assistência adequada”

1.2. Aspetos Antropológicos da Dor

Procurar conhecer a Dor para a reduzir, leva-nos a tentar compreender aquele que a sofre de forma diferente da nossa, conforme a sua origem, a sua raça, a sua etnia, a sua cultura e a sua personalidade. “Desde sempre o homem para se curar recorreu aos remédios do seu habitat, adotando diferentes estratégias terapêuticas em função das características climáticas, pedológicas, fitogeografias, faunísticas, para não falar das tipologias culturais e sócio estruturais peculiares (Guerci, 1994 citado por Consigliere, 1999, p. 69). Efetivamente, constata-se que as culturas tradicionais tentam descobrir imensos tipos de remédios para aliviar a Dor, de acordo com as etnias a que pertencem (Consigliere, 1999). Tem-se verificado que em alguns povos a dor é entendida, percebida, por meio da magia, na medida em que a consideram como consequência da penetração do demónio no interior do corpo. Concretamente esta forma de pensar desempenha o papel de procurar atenuar a angústia sentida pela estranheza do aparecimento repentino da Dor

Nas sociedades ocidentais esta motivação mantém-se, embora assente em meios ou técnicas ditas científicas. De acordo com Pessini (2002) “Num contexto de crescente tecnologização do cuidado, é urgente o resgate de uma visão antropológica holística, que cuide da dor e sofrimento humanos nas suas várias dimensões, ou seja, física, social, psíquica, emocional e espiritual” (p. 51).

No entanto, a questão que colocamos consiste em perguntar: Dor, quem és tu? De forma semelhante, investigadores, filósofos, psicólogos, médicos, enfermeiros e outros profissionais, tentam encontrar uma resposta sobre o problema inerente à Dor, isto é, como é vivida e como se vive em todas as civilizações. É uma questão única e universal, que tem respostas múltiplas e diferentes consoante o lugar, a época e o sistema de valores.

Assim, temos a dor sentida que se expressa corporalmente, a dor que fala utilizando várias linguagens por vezes difíceis de decodificar e a que se transforma num estado emocional. A linguagem manifesta da dor é muito diversificada, pelo que deve ser compreendida tendo em atenção a sua tradução: sofrimento, ansiedade e angústia.

Segundo Helman (1994, citado por Sarti, 2001) “Não apenas o sentimento, mas também a expressão da dor regem-se por códigos culturais, constituídos pela coletividade, que sanciona as formas de manifestação dos sentimentos. Em culturas estoicas, onde se valoriza o auto controle, por exemplo, a dor será vivenciada e suportada distintamente de outras culturas sem estes valores”. (P.6) Para Mauss

(1921/1979) “mais do que uma manifestação dos próprios sentimentos, é um modo de manifestá-los aos outros, pois assim é preciso fazer. Manifesta-se a si, exprimindo aos outros, por conta dos outros. É essencialmente uma ação simbólica”. (p. 153).

Em síntese, podemos dizer que, de facto, existe uma relação estreita ente o indivíduo e a sociedade da qual faz parte, na medida em que há uma reciprocidade entre os códigos culturais, a vivência e expressão da dor. (Sarti, 2001).

1.3. O que é então a Dor?

Segundo Free (2002) a dor pode ser definida como uma “sensação a qual a pessoa experiencia desconforto, angústia, ou sofrimento devido a estímulos de nervos sensitivos.” (p.143). Designa, assim, um desagrado, ou seja, o contrário do prazer.

Segundo a circular normativa da Direção Geral de Saúde (2003) “A Dor define-se como uma experiência multidimensional desagradável, que envolve não só a componente sensorial como uma componente emocional da pessoa que a sofre. Por outro lado a Dor associa-se, ou é descrita como associada, a uma lesão tecidular concreta ou potencial. Constatase, assim, que existe uma grande variabilidade na percepção e expressão da Dor, face a uma mesma estimulação dolorosa. (...) Importa, assim, que a Dor e os efeitos da sua terapêutica sejam valorizados e sistematicamente diagnosticados, avaliados e registados pelos profissionais de saúde, como norma de boa prática e como rotina, altamente humanizante, na abordagem das pessoas, de todas as idades, que sofram de Dor Aguda ou Dor Crónica, qualquer que seja a sua origem, elevando o registo da sua intensidade à categoria equiparada de sinal vital.”(pp. 3,4).

Quando uma dor insuportável surge uma das preocupações fundamentais é a de procurar os tratamentos que possibilitem aliviar o Sofrimento (ato ou efeito de sofrer, padecimento, pena moral, amargura, tolerância). Sofrer – do Latim *Sufferere* por *Sufferre*, - significa tolerar, padecer dores físicas, morais, psicológicas, sentir dor física, moral, psicológica, padecer com paciência, quer seja ocasionada por um trauma ligeiro, mais profunda, ou mais extenso. Segundo Calado (2015) “a dor constitui uma função de defesa que contribui para a integridade corporal e a homeostasia” (p.29). Repare-se que o ser humano anestesiado não conhece a sensação de dor, nem onde está o limite que o seu corpo suporta, pelo que pode sofrer afeções graves, ou até morrer, sem se aperceber de nada.

A classificação da dor pode atingir um leque extenso, nomeadamente, dor aguda, crónica (Cardoso, 2013), de crescimento (Salgado, 2002), funcional (Sperber & Drossman, Quigley, 2012) “suposta” (que é sentida com origem numa área diferente daquela que é estimulada, ou em situação patológica), tensão e stresse.

Prazer e dor (desprazer) são termos utilizados com significados opostos que expressam extremo agrado ou desagrado. Quando se aborda a palavra dor, no contexto biomédico, pode ser descodificada em dois sentidos: como uma unidade de percepção e como um sistema sensorial, ou então, como um sofrimento e doença (Cavalin, 2012).

Seguindo os estudos e opiniões de muitos investigadores sobre o problema da dor e do sofrimento em particular, as endorfinas (substâncias endógenas de características opiáceas), cuja descoberta se situa nos anos setenta do século XX, veio superar uma lacuna na compreensão do fenómeno da dor (Hughes &Kosterlitz, 1975; Simantov & Snyder, 1976). O seu duplo papel antiálgico e antidepressivo possibilitam melhor compreender o fenómeno da dor e o seu alívio.

Assim, a dor, sensação pura, transmitida pelo sistema nervoso, tal como a considerava Galeno e emoção que invade a consciência, como pensava Aristóteles, de facto, ambas estão ligadas: Dor e Emoção, sensação e sofrimento, são as duas faces de uma mesma moeda, ou de um mesmo Janus, o ser humano que sofre.

Quando o ser humano sente, ou se apercebe de qualquer sintoma ou sinal físico, vai geralmente ao médico, mas quando surge qualquer perturbação de ordem psíquica, tem uma atitude mais laxativa, isto é, “deixa andar”, evoluir/ crescer, sem valorizar muito a situação, acarretando-lhe, por vezes, problemas graves no futuro.

Do ponto de vista da cultura judaica ou cristã, a dor era entendida como purificadora de virtudes tendo como objetivo a obtenção de perdão para os pecados.

O Dolorismo, cujo promotor é Julien Teppe (1930) valoriza a dor, considerando a sua utilidade indireta, purificadora e fator de endurecimento físico ou moral (estoicos). Na perspetiva deste autor, a dor enriquece o ser humano, pois detém os impulsos da vida, possibilitando ao espírito adquirir um domínio eficaz que terá impacto positivo na criação artística e literária.

O aparecimento e o desenvolvimento da teoria psicanalítica altera o pensamento vigente, alterando a visão organicista, ao afirmar que o inconsciente era a base de todo o funcionamento psicológico e que o sintoma tem um papel importante. Apesar destas inovações científicas mantinham-se ainda meios terapêuticos muito rudimentares, nomeadamente, a utilização de tipos de banhos, isolamento da pessoa e sedativos não

específicos. Enfatizamos que a intervenção terapêutica baseada na relação de ajuda interpessoal não era suficientemente valorizada nesta época.

Só em 1952 surge a classificação das doenças mentais, possibilitando uma forma de linguagem comum, que permitiu aumentar a segurança e o respeito pelo paciente, relativamente ao processo de diagnóstico.

De facto, o progresso das Neurociências e o desenvolvimento da psicofarmacologia, nomeadamente os psicotrópicos (Delay, & Denirer 1977) vieram introduzir alterações significativas ao nível da Dor e da melhoria no tratamento de doenças mentais (ex. psicoses, depressões), contribuindo ainda significativamente para melhorar o efeito da relação de ajuda no contexto terapêutico.

A psicoterapia (do Grego *Psyche* – *psiki*, alma, espírito – vida e *Terapheia*, cuidado religioso, cuidado médico) baseia-se no estabelecimento de uma relação interpessoal, determinada num *setting* próprio, entre o cliente e o terapeuta.

Segundo alguns autores (Caseiro, Figueiredo, Almeida, Fernandes, Bento, Pinto & Marta, 2011), face a situações de dor, os medicamentos farmacológicos são os que habitualmente são mais utilizados, no entanto, como refere Calado (2015) “existem inúmeras terapias não farmacológicas que podem ser desenvolvidas pelo profissional de saúde, enfermeiro ou não, de forma autónoma, desde que este esteja habilitado para o fazer. Estas intervenções provocam alterações fisiológicas que reduzem a ansiedade, a angústia e a tensão muscular, o que irá atenuar a dor”(p.48).

Dor, segundo se crê, consiste numa sensação nervosa cujo percurso e o seu funcionamento é neurológico, neurobiológico e neurobioquímico, quando desequilibrados. No entanto a Dor só começou a ser entendida recentemente, nos anos oitenta do século XX.

1.4. Fisiologia da Dor

Segundo alguns autores tais como Correia e Viana Baptista (2012), a dor é uma experiência sensorial desagradável, provocada por estímulos noxios os quais podem desencadear lesões tecidulares, na proporção da sua intensidade ou qualidade. Como acima já foi referido por Calado (2015) a dor contribui para a defesa do organismo e a sua homeostasia.

Não podemos falar de dor e sofrimento sem fazer a sua ligação com o sistema nervoso (Oliveira, Élda, Oliveira, Pacheco de Melo, Silva, Dias, Parreira, Almeida,

Sérvulo & Santos, 1977). Sendo a dor um fenómeno neurológico muito complexo, por exemplo, um simples estímulo desagradável, como a picada de um alfinete, passa rapidamente a um influxo nervoso, que vai excitar os neurónios através dos neurotransmissores. Seguidamente, a mensagem passa para a espinal medula e daqui para o centro cerebral da dor que se situa no tálamo. (Messlinger, 1997; Tranquilli, 2004). Em consequência, aqui se envolvem o Sistema Nervoso Central, Periférico e as funções cerebrais.

No que concerne à inter-relação do Sistema Límbico - emoções - sistema nervoso – enzimas- sistema muscular -, pode parecer estranho esta interconexão com a Dor e o Sofrimento e vice-versa. No entanto, podemos afirmar que há uma íntima correlação entre este conjunto, o qual passamos a descrever, se para isto tivermos habilidade e arte.

Esta pode traduzir-se, assim, através da expressão facial, palidez, sudação, inquietação – ansiedade, escolha de posicionamento, insónias, irritação, taquicardia, hipertensão, prostração ou hiperatividade. Efetivamente é importante que os cuidadores conheçam em pormenor a situação da dor de modo a ter a noção da sua responsabilidade, para poder intervir de forma positiva e contribuir para um cuidar humanizado. Não podemos deixar de sublinhar a dor da pessoa que sofre e o sofrimento moral de quem que cuida dela.

Estrutura dos neurónios.

O neurónio é a base essencial do sistema nervoso. É uma célula especializada, com configuração específica e com uma membrana celular que gera influxos nervosos, que termina numa sinapse, o ponto de contato que possibilita a transmissão da informação (Klaumann, Wouk, & Sillas, 2008).

O neurónio é constituído por três partes do corpo celular de onde partem dois prolongamentos citoplasmáticos que são: as Dendrites, responsáveis pelo transporte do influxo nervoso, da periferia para o centro; o Axónio, que é um elemento único e que tem por função conduzir o influxo do centro para a periferia (resposta). “Les axones et les dendrites des nouveaux neurones grandissent considérablement et forment les synapses” (Rosenzweig, Leiman & Breedlove, 1998, p. 110)

Todavia, existem dois tipos de axónios, cuja classificação depende das fibras nervosas serem ou não, revestidas de mielina: as mielínicas e as amielínicas

A mielínica consiste na substância branca do tecido cerebral e da maior parte dos nervos periféricos, em que o eixo principal do neurónio está revestido de mielina, que tem por função conservar a energia do neurónio.

Este eixo apresenta espaços regulares, estrangulamentos -os nódulos de Ranvier -, que possibilitam a aceleração da velocidade do influxo nervoso, que vai percorrendo o axónio e que passa de um nódulo de Ranvier para o outro, sem percorrer todo o comprimento da bainha mielínica (Graça, 1988).

Esta está rodeada de células protetoras, que se designam por células de Schwann (Rosenzweig, Cline, Cole, Figueroa, Gai, Konecny, & Simpson, 1988). Há várias espécies de fibras mielínicas, mas vamos reter apenas as Alfa e as Beta, pelo papel que representam na transmissão da Dor.

As fibras amielínicas são mais finas do que as mielínicas e têm um diâmetro de 0.5 a 1.5 milímetros. Estão cobertas por um lípido lamelar, que é formado pelo enrolamento de células nervosas.

Estas fibras não têm nódulos de Ranvier, mas são recobertas pelas células de Schwann. A membrana de Schwann e a membrana do axónio constituem uma dupla membrana. Uma célula de Schwann envolve no seu citoplasma mais ou menos uma dúzia de axónios.

Sucede que nas fibras amielínicas, a velocidade de transmissão do influxo é mais lento do que nas células mielínicas, obrigando o influxo nervoso a percorrer todo o trajeto, devido à ausência dos nódulos de Ranvier (Lundy-Ekman, 2008). A informação sobre a dor é transportada através dos neurónios.

A Neurosecreção.

As células nervosas segregam produtos com alta atividade funcional e muito semelhantes aos produtos hormonais segregados pelas glândulas endócrinas.

Estes produtos transitam nos axónios e são libertados no seu exterior, ou seja, as hormonas são lançadas na corrente sanguínea.

No entanto, toda as glândulas endócrinas estão sob o comando da Hipófise e, ela própria, sob o comando do Hipotálamo. O sistema nervoso está por conseguinte em correlação com todas as funções hormonais.

Os organitos de Neurosecreção provenientes do aparelho ou complexo de Golgi (Oliveira, Pedrosa & Pires, 1992), situado no neurónio, acumulam-se uns com os outros e formam grãos maiores, envolvidos por uma membrana, que migram ao longo do axónio, continuando a crescer durante o trajeto, libertando as neuro hormonas, na extremidade da fibra (Amabis & Martho, 2002).

Estas proteínas aqui libertadas têm por função transportar outros mediadores de natureza química diferente. Pensa-se que este fenómeno neurotransmissor está em relação com o complexo hipotálamo - hipofisário. No entanto, isto não é bem assim, porque podemos generalizar a neurosecreção a todas as células do organismo (Volkov & Nensin, 2000).

Acontece que no momento da passagem do influxo nervoso nas zonas de contato inter-neurais são libertadas substâncias químicas como a acetilcolina ou a adrenalina.

Estes dois mediadores, entre outros, são segregados no próprio neurónio e libertados na sua forma definitiva na extremidade do axónio.

O Neurónio – célula eléctrica.

Os neurónios estabelecem relações de contiguidade com outras células nervosas, para transmitir informações. Estes sob a ação do estímulo, emitem impulsos eléctricos que se designam por potenciais. Uma das funções essenciais do neurónio consiste em participar na propagação dos impulsos eléctricos “L’une des innovations les plus puissantes de l’évolution animale a été la capacité des neurones à transmettre des signaux électriques” (Rosenzweig, Leiman & Breedlove, 1998, p. 140).

Por outro lado, essa membrana é dialisante, possibilitando por isso a separação das substâncias dissolvidas no plasma sanguíneo, sendo que é permeável à água e a alguns iões, mas é impermeável às proteínas intracelulares. Sucede que os meios situados de um e de outro lado da membrana não têm a mesma composição

Deste modo, encontram-se dez vezes mais iões Na^+ (sódio) e quinze vezes mais iões de Cl^- (cloro) no líquido extracelular do que no exoplasma – tecido de neurónio e do outro lado, vinte vezes mais iões K^+ (potássio) no axoplasma, do que no líquido extracelular.

A diferença de potencial que aparece entre os dois lados deve-se à diferença de concentrações iónicas. A passagem dos iões é possível devido aos poros existentes na membrana.

Quando se estimula uma fibra nervosa ela torna-se ativa e despolariza o seu sinal elétrico, torna-se negativo durante algum tempo, mas depois volta a polarizar-se.

A fibra cria desta forma um potencial de ação que se manifesta pelo potencial de ponta (Spike), que tem a duração de milissegundo. Influxo nervoso propaga-se devido às diferenças de concentração de Na^+ e K^+ , de um e do outro lado da membrana.

Sucedem que, em frente à zona que sofre a variação de potencial elétrico, os canais de sódio da membrana abrem-se e deixam entrar os iões de Na^+ no axónio, que vai provocar alterações devido à transformação do potencial interno da membrana, que se torna positivo.

Após a passagem do influxo, os canais de sódio fecham-se e os canais de potássio abrem-se, possibilitando o restabelecimento do potencial de repouso que se designam por bomba de sódio e do potássio (Rosenzweig, Leiman & Breedlove, 1998).

As sinapses.

As sinapses constituem o ponto de encontro entre dois neurónios, onde aparecem as diferenças funcionais e estruturas de tal natureza que, em determinadas circunstâncias, a atividade de uma provoca a excitação ou a inibição da outra.

Cada neurónio possui entre mil a dez mil sinapses. A sinapse interna de um neurónio designa-se por neuro neurónica. Cada sinapse é constituída por três partes: região pré-sináptica; intervalo sináptico; região pós-sináptica.

Trata-se de um sistema orientado, no sentido em que os acontecimentos se desenvolvem sempre da pré-sinapse para a pós-sinapse.

As estruturas específicas permitem a transmissão do influxo nervoso, no interior da sinapse.

Quer o corpo celular, quer os seus prolongamentos, estão cobertos por uma membrana contínua, sendo que nas zonas de contato sináptico esta membrana é diferente dos outros elementos nervosos. Consiste numa parte limitada da membrana do neurónio, e a sua espessura é de mais ou menos a das outras membranas, sendo constituída por duas camadas escuras, tendo uma camada clara no meio.

A região pré-sináptica é constituída pela porção que se encontra em frente da terminação axónica aferente. As vesículas sinápticas são corpúsculos aglomerados na proximidade da membrana e parecem abrir-se para o espaço sináptico, constituindo as

articulações nervosas do funcionamento químico. Há também vesículas pós-sinápticas que servem de recetores específicos para cada neurotransmissor.

Note-se que cada neurónio tem a sua especificidade, devido à localização no sistema nervoso, assim como os neurotransmissores são libertados. Não esquecer que cada neurotransmissor ou mediador é uma molécula química que transmite uma informação no sistema nervoso.

Entre os mediadores estão as endorfinas já referidas, e que têm efeitos semelhantes à morfina nas situações de Dor.

A mensagem da Dor e a sua transmissão, onde interfere o que acabámos de referir, por exemplo, uma picada, uma beliscadura ou uma queimadura, provocam uma sensação de Dor. Esta sensação tem a sua utilidade, porque desperta uma reação de defesa e de proteção.

A Dor é por conseguinte um sinal de alarme. Quando se torna crónica ou é persistente, invade na maioria dos casos o universo afetivo e transforma-se numa preocupação constante. No entanto, o circuito da Dor desde o estímulo periférico até à sua perceção pelo cérebro, é razoavelmente já conhecido.

Segundo Igor (2014) “A dor pode ser classificada de acordo com dois fatores: a duração e a origem. Em relação a sua origem pode ser distinguida como, nociceptiva (estimulação excessiva de nociceptores sem lesão tecidual), dor neurogénica (ativação de nociceptores por mediadores liberados após lesão de tecidos ou pelo próprio neurónio nociceptivo), neuropática (quando a dor tem como origem lesão do sistema somatossensorial) ou psicogénica. 26 . O termo nocicepção vem da neurofisiologia e, consequentemente, refere a existência de um recetor sensorial (nociceptor) que tem a função de traduzir e de codificar os estímulos nocivos. (Loeser & Treede, 2008).

As endorfinas desempenham um papel fisiológico preponderante na génese das respostas comportamentais, o qual já não pode ser esquecido, mesmo que se exclua a função estritamente analgésica.

Os estímulos que desencadeiam a Dor podem ser os mais diversificados: mecânicos, térmicos, elétricos, químicos ou biológicos, internos ou externos.

Seja qual for o tipo de estímulo, ele tem que atingir uma certa intensidade, para provocar a estimulação dos recetores das fibras nervosas, que estão encarregues de transmitir a mensagem recebida.

Todavia a estimulação pode ser direta, isto é, pela ação do próprio estímulo, ou ainda pode ser indireta, ou seja, por intermédio de substâncias que produzem a Dor,

como sejam as algógenas, que se encontram em circulação pelo organismo e que são libertadas pela ação do estímulo.

Estas substâncias são muito diversas e podem ser enzimas, como a bradicinina, neurotransmissores como a serotonina, ou ainda hormonas do grupo das prostaglandinas.

A mensagem nociceptiva é recebida pelas terminações livres, ou sejam, as extremidades dos axónios sem mielina, que são as fibras nervosas dos tecidos cutâneos, musculares, vasculares, articulares, ósseos, viscerais, ou sejam, os chamados nociceptores e cujo trabalho é uma função e não um órgão individualizado.

No que concerne às terminações livres a nível cutâneo, são muito numerosas e situam-se na epiderme, a camada mais superficial da pele e na derme, que é uma camada mais profunda.

Trata-se de uma rede de ramificações nervosas, muito dividida e enrolada, que cobre todo o território cutâneo corporal, pois só assim se explica a precisão da sensibilidade nociceptiva epidérmica.

No que diz respeito à região muscular, as terminações nervosas livres estão distribuídas de forma mais espaçada e descontínua, pelo que há zonas musculares sem sensibilidade à Dor, o que dificulta muitas vezes o despiste da Dor muscular.

Relativamente à duração pode ser considerada aguda ou crónica (Igor, 2014).

A dor e os neurónios.

Este tipo de Dor pode traduzir-se por: fisiológica; patológica; neuropática; câibra, devido à ausência de oxigénio (O_2); mialgia, cuja causa consiste no aumento do teor localizado de potássio; cansaço, resultante da acumulação de ácido láctico.

Contudo, é possível que exista uma relação entre a quantidade de terminações livres, a multiplicidade e diversidade de estímulos possíveis e os diferentes tipos de Dor, somática, visceral e neuropática. Por outro lado, a parede vascular é muito inervada, tanto na parede externa como na interna. Na parede externa reside essencialmente os recetores nervosos, responsáveis pelo controlo da pressão sanguínea, bem como na parede interna, especialmente as terminações livres recetivas dos estímulos nociceptivos, que se situam na camada interna dos vasos arteriais venosos. É, pois, sem dúvida alguma a este nível que a mensagem da Dor tem o seu início.

No entanto, pode acontecer que o estímulo na sua origem esteja ligado a uma alteração direta da estrutura celular do vaso, devido a corte, compressão por peso ou garrote, ou ainda por injeção de um líquido agressivo, vasodilatação intensa e localizada, como acontece na enxaqueca, ou fator algógeno, ligado a um processo inflamatório (histamínico).

Enquanto a Dor muscular é saltitante, a Dor vascular é localizada, pelo menos enquanto o processo patológico não se repercutir às zonas adjacentes do vaso afetado.

Quanto à situação das terminações nervosas, a nível do tecido ósseo, a maior parte situa-se na medula e no periósteo, onde constitui uma rede organizada e regular de fibras nervosas do periósteo (Carvalho, Elias, Galvão & Mesquita, 1991). Os processos suscetíveis de provocar Dor são sobretudo as fraturas de compressão.

No entanto, nas articulações os recetores nociceptivos (telurónios e os axónios) estão repartidos por prioridades na cápsula sinovial, nos ligamentos e nos tendões. Aqui a Dor pode ser de origem mecânica, distensão dos ligamentos, ou bioquímicos, como acontece nos processos inflamatórios (artrite infecciosa e as artralguas reumáticas).

No que respeita ao aparecimento da Dor a nível visceral, representa com frequência um mecanismo de interpretação muito delicado, porque as terminações nervosas estão a esse nível muito dispersas e simultaneamente de forma lassa e irregular. Daí resulta que a Dor visceral aparece de forma muito vaga e de difícil localização, como sucede com os órgãos ocos – tubo digestivo, vias biliares, urogenitais.

No entanto, as vísceras pulmonares renais, baço e fígado, onde quase não existem terminações livres, a sensibilidade à Dor também é muito reduzida, embora possa aparecer por repercussão noutra local.

Deste modo, os estímulos responsáveis pela sensação de Dor visceral são as distensões dos órgãos, como aquela que é provocada pela passagem de um cálculo biliar ou renal através do respetivo tubo excretor, um espasmo muscular ou como na crise de colite aguda, ou as contrações uterinas no período expansivo do parto.

É interessante verificar que o corte, a picadela ou a queimadura de uma víscera (segundo a opinião de alguns) não provoca Dor, devido à dispersão dos recetores nestes órgãos.

A transmissão da mensagem de Dor inicia-se, por conseguinte, com a chegada do estímulo nociceptivo a uma terminação, ou até a várias terminações livres, mas para que o influxo assim constituído seja suficientemente intenso, profundo, forte para se

propagar, é indispensável que o estímulo inicial se tenha produzido de forma sincronizada sobre vários recetores.

Daí resulta que esta estimulação múltipla e simultânea das transmissões nervosas – livres, provoque despolarização, ou seja: crie potenciais de ação eletrofisiológicas (como já foi referido) e que estão na origem da mensagem nociceptiva.

Torna-se portanto indispensável que, para que a mensagem a Dor se propague, o estímulo deve ser forte, para provocar a reação de despolarização do recetor e que deve ser recebido por um número suficiente de terminações nervosas – livres, para que o sinal nervoso provocado possa atravessar as barreiras sinápticas, graças às possibilidades produzidas, pela mielina, ou pela permeabilidade da mensagem celular.

Contudo, a integração ou percurso da mensagem da Dor para outros centros nervosos parece que não são ainda muito conhecidos.

Características de Tipos de Dor.

De acordo com Calado (2014) “A dor é sentida como uma lesão tecidual potencial ou real” (p. 32). O primeiro movimento a fazer quando a dor é expressa é ir à procura da origem física da dor e, na verdade, quando há uma correspondência com o procurado, habitualmente nós consideramos que é “real”. Se isso não acontece nós apontamos para que as “causas” sejam da ordem do mental/psicológicas (Coniam, Diamond, Mendonça & Fonseca 2001).

Calado (2014) baseado na perspectiva de Branco, Silva, Batista, Nunes e Dias (2011) refere que a “A dor é uma experiência sensorial mas também emocional, tida como desagradável e que se pode associar a lesão real ou potencial dos tecidos, ou apenas ser percecionada como lesão” (p. 32), sendo, no entanto, de privilegiar o sofrimento envolvente.

A dor pode ter uma componente aguda ou crónica, caracterizando-se esta última quando persiste por um período superior a 3 a 6 meses e é sentida de uma forma contínua ou intermitente por alguns períodos (Cardoso, R. (2013).

Quando não consiste apenas num sintoma mas representa uma cronicidade, acaba por ter impactos na qualidade de vida da pessoa que a sente e nos contextos sócio afetivos em que está inserida.

A dor aguda tem um impacto diferente, isto é, surge momentaneamente e desaparece com mais facilidade após tratamento. É, assim mais fácil de localizar e de

encontrar um tratamento adequado e, conseqüentemente, pode trazer efeitos emocionais e sociais menos difíceis de gerir (Calil & Pimenta, 2005).

Sendo a percepção da dor um processo que envolve bastante complexidade (Sciama, 2007, Valentim, 2008 & Calado, 2014) podemos resumir dizendo que esta pode ter uma componente cognitiva, sensorial e afetiva.

A Dor (Sofrimento físico/ psicológico) é uma sensação desagradável, sentida numa ou várias partes do corpo.

O Sofrimento Psicológico e Moral: traduz-se por tristeza profunda, acompanhada de sentimentos de culpa, autoacusação injustificada, sinal evidente de depressão

1.5. Formas de Intervenção na Dor

Sobre as formas de intervenção na dor, despertou-nos a atenção para a questão das relações existentes entre a arte da Relação de Ajuda, Aconselhamento e Intervenção Terapêutica e as instituições prestadoras dos cuidados de saúde, a quem tem dor.

Este modo de pensar leva-nos à descoberta de que alguns autores referem que a Dor é subjetiva e, em consequência, pode-se afirmar que a prática das atividades inerentes à arte de curar contribuem para desenvolver formas para o ser humano melhorar a sua estrutura psicofísica (auto cura). No entanto, há outras perspetivas que recusam abertamente esta opinião, considerando que a prática de atividades inerentes ao cuidar têm em si mesma o seu próprio fim. Daí que, ao fazer dela um meio para atingir fins que lhe são alheios, mesmo que sejam os mais nobres, é reduzir a crença de que o organismo tem em si capacidades de auto cura.

Parece-nos pertinente salientar que a arte e a ciência de praticar atividades que promovam a saúde convivem intimamente uma com a outra mas, uma não pode substituir a outra de modo algum, pois que por um lado existem as ciências médicas e, pelo outro, as psicológicas.

A prática de atividades inter-relacionadas com a saúde, pode contribuir para desenvolver no homem a consciência do que é importante, e a que tem direito, para ultrapassar o seu sofrimento e aumentar a qualidade de vida.

Isto vem a propósito para dizer que a prática das atividades terapêuticas através do movimento são úteis e, contrariamente, não têm efeitos inúteis e estéreis. Repare-se que a arte de praticar atividades de terapia pelo movimento constitui uma função de

aquisição de uma massa de conhecimentos que se difundem na sociedade humana, familiarizando-a com o conceito de saúde e bem-estar.

Há por conseguinte um pensamento expresso que nos diz que a prática das atividades pelo movimento, relacionadas com a saúde, tem relações estreitas com: Anatomia, Fisiologia, Psicologia, Sociologia e ainda com dimensões estéticas, com a realidade de mobilizar o corpo.

A arte de praticar ou exercer essas atividades leva-nos a acreditar que a terapia pelo movimento é de importância capital na vida do ser humano, porque o ajuda a combater a Dor e o Sofrimento. Por exemplo, num estudo apresentado por Ferreira e Beleza (2006) “A Electroestimulação Nervosa Transcutânea ENT), recurso utilizado pela fisioterapia, vem apresentando bons resultados no controle da dor pós-operatória. Segundo Lampe a ENT representa «um valioso procedimento clínico para o alívio sintomático da dor» ” (p.127)

A evolução científica dada a este tipo de atividades, para além da técnica, tem uma componente psicológica muito importante, ao considerar que uma abordagem holística do humano deve, não só permitir a continuação da vida mas explicá-la, tanto mais, que o quadro de referências do ser que sofre representa uma das manifestações da existência muito importante.

Contudo, há quem classifique as atividades ligadas à saúde, praticadas por médicos, enfermeiros, psicólogos, psiquiatras, como sendo a musa da vingança e da tristeza, isto porque, Balinski dizia que para a sociedade, o interesse mais elevado e mais sagrado, residia no seu bem-estar, mas sem se aperceber da sua génese, isto é, de onde provém o bem-estar da pessoa.

No entanto, um dos caminhos que conduz ao bem-estar é a consciência, daí que a prática de atividades inerentes à promoção da saúde, possam contribuir para desenvolver a consciência, quanto mais não seja pelo menos a de estar em presença.

A intervenção por via farmacológica exige a determinação objetiva da afeção. Contudo, existem medicamentos de aplicação local, como por exemplo, emprego de gelo, sacos de água quente, ligaduras, gessos, massagens, hidroterapia, entre outros.

O tratamento psicológico, sobretudo nas designadas dores crónicas, baseia-se comumente na medicação ansiolítica e antidepressiva. Não podemos deixar de mencionar o tratamento através da psicoterapia usado para alívio da dor, nomeadamente quando esta é de origem psicológica. Segundo alguns autores (Diamond & Coniam,

1999; Ogden, 2004; Hipólito, 2011) a técnica do relaxamento é considerada muito eficaz para aliviar a dor.

A Dor, sobre o ponto de vista filosófico é um estado físico em princípio desagradável, todavia, toda a sensação mesmo agradável se transforma em dor, a partir de uma determinada intensidade. Distinguem-se as dores propriamente fisiológicas, como as cefaleias e as dores psicológicas de que são exemplo as emoções, que se distinguem umas das outras devido à sua origem.

Para certos filósofos, como Schopenhauer (1966) a dor revela um aspeto real do mundo e do prazer, não tem mais consciência do que o sonho. Por esta razão surge a pergunta: a Dor terá um valor moral?

1.6. Impacto da Relação de Ajuda na Dor

Como já referimos acima, a Dor tem uma componente afetiva que modula a percepção que, a pessoa em sofrimento, tem sobre ela. A criação de condições terapêuticas no âmbito de uma relação de ajuda, permite à pessoa não só encontrar estratégias que lhe permitam controlar o sofrimento, como obter uma melhor compreensão de si mesma.

Uma das primeiras abordagens psicológicas com finalidade terapêutica foi a denominada Terapia Centrada no Cliente, conhecida como uma das correntes fundadoras da Psicologia Humanista, que preconizava a perspetiva referida por Hipólito e Nunes (2000): “Aparece assim uma primeira abordagem que não parte do estudo do patológico para propor mudanças, mas parte do «saudável» dos movimentos internos e intrínsecos do indivíduo para a auto-cura, possibilitando estabelecer um projeto terapêutico” (p. 97).

Quando nos propomos prestar ajuda, nomeadamente a alguém que se sente em padecimento, está sempre implícito uma intercomunicação mediada pelo estabelecimento de uma qualidade de relação significativa (Nunes, 2000), a qual deve ser caracterizada pelo respeito, solidariedade, compaixão e aceitação das suas idiossincrasias, isto é da sua forma de estar no mundo.

Paralelamente, e segundo Rogers (1985/1961), um dos aspetos importantes é a confiança nas capacidades de auto-organização do organismo no processo de auto cura. Segundo referem Hipólito e Nunes (2000) “Hoje em dia, verifica-se um interesse

científico pelo estudo da “resiliência” que se concretiza na maior atenção dada ao estudo dos casos clínicos de pacientes que, contra toda a expectativa ou previsão, melhoram consideravelmente ou mesmo se curam (...) ou até no caso de “patologias sociais” fazem uma excelente evolução social e profissional.” (p.97).

De acordo com estas inferências, colocam-se algumas questões pertinentes, nomeadamente o que deve estar implícito a quem se dispõe prestar ajuda a pessoas que estão em sofrimento (seja físico ou emocional). Uma das atitudes primordiais neste quadro teórico, é o estabelecimento de uma compreensão empática que comporta duas dimensões. Por um lado compreender o mundo do outro através do olhar deste e, por outro, ser capaz de expressar o que está a atender de forma a afinar a comunicação permitindo à pessoa que está em sofrimento sentir-se escutada na vivência da sua Dor. Para tal, não deve desvalorizar as atitudes que sustentam o clima caloroso e afetivo. Há dores ou sofrimentos que não desaparecem, mas a maneira de os vivenciar é que pode ser mais apaziguada. Por outro lado, neste processo estruturante do encontro entre dois seres, a pessoa que padece pode descobrir estratégias internas e externas que a ajudem a gerir melhor a situação em que se encontra.

Esta forma de relação de ajuda preconizada em algumas das atitudes acima referidas ativa as capacidades de auto-cura e de auto-organização, influenciando os processos psicofisiológicos relacionados com a Dor e, mais diretamente, no controlo da sua vivência.

II PARTE

Capítulo 2. Problema, Pertinência do Estudo

2.1. Pertinência do Estudo

Sucedee que não sabendo bem porquê, surgiram na nossa mente as seguintes perguntas:

- Será que a Dor existe, ou simplesmente é uma representação social?
- Como é que “eu” posso saber se a Dor fala e se fala, o que é que ela “me” diz?
- Será que a Dor se vê e se, se vê, como é que isso se torna possível?
- Será possível tatear a Dor, e como posso “eu” fazê-lo?

Mas neste contexto pareceu-nos que faltava mais alguma coisa e que não percebíamos muito bem o que era. Eureka! Descobrimos! Faltava saber se a Dor se ouve, ou se só se sente. Todavia no evoluir deste pensamento, apercebemo-nos que a Dor talvez tivesse, ainda, cor, cheiro, paladar e que também podia ainda ser caracterizada quanto à temperatura, frio e humidade.

Por estranho que pareça, o nosso cérebro não quis pensar em mais nada e, teimosamente, resolvemos avançar. Contudo, sublinhamos que o conteúdo deste trabalho, incluindo o resultado dos dados recolhidos por meio de Questionário, fica a dever-se à contribuição de muitos saberes, uns oriundos da especialidade da Psicologia, mais especificamente da Relação de Ajuda, do Aconselhamento e Intervenção Terapêutica. Outros, surgindo de diversificados campos e, outros ainda, como convêm a uma realidade antropológica concernente ao ser Humano como um todo Holístico, que contempla dimensões Neurológicas, Sociológicas, Epistemológicas, Metafísicas, Éticas, Teológicas e até Estéticas.

Manifesta-se aqui, na realidade, um diálogo vivido, escrito e multifacetado, em que durante mais de cinquenta anos da nossa modesta existência, convivendo connosco próprios, com a nossa forma de ser e de sentir, mantivemos com clientes/ pacientes, doentes e equipas multidisciplinares incluindo enfermeiros, médicos, psicólogos e muitos técnicos de outras especialidades, uma qualidade de comunicação e uma atitude de mãos dadas, conjugando esforços para combater, suprimir ou, até somente, reduzir a Dor daqueles de quem cuidávamos.

Não esquecemos e não podemos deixar de referir que havia entre todos uma comunicação extensiva e intensiva, que de modo participativo e presente, buscavam e

buscaram ao longo dos anos, as suas diferenças na forma de dar. Pelo que seria injusto, agora ignorar neste documento escrito, a sua ação por nós valorizadora, sobretudo no esforço posto ao serviço do combate da Dor e ao Sofrimento, que como ser humano tantas vezes sentimos.

É evidente que nem tudo foi conseguido, mas resta-nos salientar as capacidades e o uso do seu saber, por vezes da experiência adquirida, que todos punham ao serviço de reduzir a Dor de quem a sofria, esquecendo muitas vezes a que eles próprios, também sentiam.

Não se trata aqui de um romance, mas sim de uma realidade vivida, experienciada e sentida diariamente.

Na tentativa da abordagem das vivências psicológicas, ao entrar em contato com o tema, considerámos pertinente procurar clarificar os conceitos contextualizados numa perspetiva psicofisiológica.

Procurámos, de algum modo, desenvolver e conhecer o tema “Dor”, tendo em atenção as teorias psicológicas que possibilitassem entender a problemática do ponto de vista humanista.

Quanto ao interesse que a pesquisa da Dor nos despertou, referimos alguns níveis distintos.

O primeiro, talvez se possa dizer que reside no carácter enigmático da Dor, ou seja, o desconhecido, o incontornável da Dor que transcende a transcendência humana do ser humano – a morte. Por outro lado, as potencialidades que cada um tem em si mesmo, para a combater e as suas capacidades para a sofrer.

Trata-se, por isso, de uma pesquisa enriquecedora, porque possibilitou contactar com teóricos de origens muito diversas e com doentes com Dor de várias etnias. Enriquecedora, ainda, e valorizadora porque nos despertou um interesse crescente pelo conhecimento mais aprofundado do fenómeno do que é a Dor, da sua fala, da sua cor, e até do sabor do Sofrimento, resultante do sofrimento de a sofrer.

Pensámos profundamente na Dor e no Sofrimento, baseando-nos do ponto de vista teórico numa forma de intervenção humanista ao nível da Relação de Ajuda, de Aconselhamento e de Intervenção Terapêutica. No entanto, não podemos escamotear que no procedimento do trabalho de pesquisa, esteve presente a nossa experiência profissional de longos anos, associada aos conhecimentos que nos foram e vão sendo legados, por especialistas notáveis, quer do presente quer do passado

2.2. Problema

Pode afirmar-se que a Dor seja qual for a forma como se apresenta, é uma realidade que todo o ser humano vive ou vivenciou. Assim, está intimamente ligada ao ser existente e é um sinal, um sintoma da sua normalidade. Metaforicamente poder-se-á afirmar que a Dor fala, tem cheiro, paladar e cor. Isto tudo para referir os acontecimentos episódicos ou duradouros que passámos e constituem agora um marco de referência em relação ao tema “Dor”, na complexidade dos matizes multicolores de que afinal a Dor se reveste (azul-céu, amarelo-dor, etc.).

Todavia, para que esses sinais e sintomas falem, ou se manifestem, é indispensável a existência da centros álgicos, porque sem eles, a falência do organismo é de certeza prematura e, o ser humano criança, não chega a homem.

É de facto estranha a forma como a Dor nos acompanha desde o nascimento, de tal forma, que só excecionalmente existe alguém que não sofreu Dor. Praticamente ela é inevitável e, de igual modo, o Sofrimento que se revela a partir das injustiças, do luto, da violência a todos os níveis e a angústia provocada por uma situação de doença crónica.

Por conseguinte, ela é um sinal, um sintoma que nos transmite a ideia do funcionamento normal ou anormal do nosso organismo. Acontece que, se os centros álgicos entram em falência ou se descontrolam, o ser humano morre, por não ter tomado em atenção aqueles sinais que o seu organismo lhe enviou, ou se só tardiamente lhes deu atenção.

De facto, trata-se de uma realidade que nos é familiar, mas que tem tanto de estranho como de pavoroso, de tal forma que, se bem pensar, apercebemo-nos que já os filósofos antigos se interrogavam sobre o conteúdo do seu sentido.

É portanto a própria vida que desfila perante os nossos olhos, desde o nascimento até à morte e que nos leva a pensar, a querer e a sentir a Dor dos outros associados à nossa. As quais, de certa forma, nos fazem pensar no que fizemos, no que podíamos ter feito e no que podemos ainda fazer, de modo a contribuir para a nossa reconstrução, reabilitação e correção de formas de agir, bem como a dos outros, entrando em consonância com a filosofia de perfil ético-profissional.

Todavia, perante os horrores da Dor física e psíquica, do sofrimento perante a morte que observámos ao longo dos anos, o ser humano procura desafiar a Dor por meio das técnicas e das ciências mais promissoras (transplantes), para que o tornem

mais sadio, mais feliz, prolongando-lhe a vida sem dores físicas, morais psicológicas, de acordo com a origem dos direitos e liberdades, sem esquecer os seus deveres.

Assim, tendo em atenção a evolução crescente dos estudos neurobiológicos, no sentido da redução ou da erradicação da Dor aguda ou crónica, podemos neste momento contar com terapia medicamentosa e a psicoterapia.

Por outro lado, a evolução do conhecimento mais profundo da especialidade biológica da Dor, desde o local do estímulo na periferia, por exemplo, uma picada de uma agulha ou de um inseto, caminha através das dendrites e dos axónios dos neurónios, comunicando estes entre si através das sinapses, que são específicas e exclusivas para a Dor.

Em consonância com o que já se conhece da componente afetivo/ emocional da Dor, da memória que fica registada, que até pode ser inconsciente, embora conhecida a nível neurobiológico, o fio condutor vai dar origem à sua individualização (cada um sofre a sua) e possibilita ou não, a sua mediação.

Repare-se que a Dor e o Sofrimento são muitas vezes a causa de isolamento, afastamento, abandono ou até de aproximação por dó ou compaixão, de situações que se podem considerar únicas de ternura, solidariedade e de empatia.

No entanto, não devemos esquecer que a Dor e o Sofrimento de a sofrer fazem apelo à arte e à prudência, num contexto que possibilite encontrar o alívio por meio de técnicas metodológicas terapêutico-medicamentosas e psicoterapêuticas num complexo ambiente, autêntico e congruente.

De acordo com a nossa experiência, podemos dizer que é muito difícil para a maioria das pessoas descrever a Dor e muito mais difícil, ainda, descrever a Dor do outro, cujo organismo tem características próprias e está associada à sua história de vida, além da forma como é percebida. Embora possam surgir situações em que a Dor pode ser considerada colectiva (catástrofes), comumente ela é sentida de forma individual, necessitando de, para se agir, ter conhecimento da estratégia a tomar, da sua razão de ser, e dos bem resultados que podem ser obtidos.

Consideramos como óbvio que as queixas de Dor devem ser tidas em consideração e valorizadas, devido ao desconforto que o ser humano manifesta quando a tem e, como tal, nos merecem respeito.

Ao associar a Dor e a morte que perpassou perante os nossos olhos, verificamos que os filósofos nos dizem que são questões filosóficas, porque fogem ou se escapam à

sua solução no presente, no futuro, bem como escaparam no passado à dominação que as técnicas científicas tentaram ter sobre elas e sobre o sofrimento por si causado.

São questões que se podem talvez classificar como metafísicas e morais, porque se prendem essencialmente com a essência/ existência do ser humano, bem como com a causa injustificada do seu funcionamento anormal, que lhe pode tolher, reduzir, ou fazer perder a liberdade, ou criar-lhe as mais diversificadas formas como tropeça, ou cai no quotidiano emocional do ódio, da raiva, inveja ou prepotência

Quando o ser humano se encontra institucionalizado (hospitalizado), frequentemente é submetido a procedimentos e cuidados de saúde que, por vezes, também eles são dolorosos, sobretudo se trata de terapias intensivas e de movimento.

Embora a Dor se sinta e esteja presente no palco da vida diária do ser humano e o seu estudo tenha evoluído consideravelmente nos últimos anos, existem ainda algumas lacunas nesse campo, nomeadamente quando as pessoas se encontram institucionalizadas.

Desta forma colocamos o seguinte problema de investigação: quais as variáveis que estarão associadas à forma como a Dor é percebida pelas pessoas que sofrem de dor crónica.

III PARTE

3. Metodologia

3.1. Delineamento do Estudo

No delineamento do estudo procurámos um desenho que fosse adequado às nossas questões de investigação (Hulley, 2003), nomeadamente no que diz respeito ao plano geral do estudo.

O estudo é de natureza quantitativa, de cariz exploratório e comparativo. Esta classificação assenta na forma como os dados são recolhidos, como são obtidos do ponto de vista da amostra. Segundo Danke (1989) os estudos exploratórios têm por base a preparação do campo e permitem-nos familiarizar “com fenómenos relativamente desconhecidos, para obter informações sobre a possibilidade de realizar uma pesquisa mais completa sobre um contexto particular, pesquisar problemas do comportamento humano que os profissionais de determinada área considerem cruciais, identificar conceitos ou variáveis promissoras, estabelecer prioridades sobre pesquisas futuras, ou sugerir afirmações e postulados” (Sampieri, Collado &, Lucio, 2002, p.100). Pretendia-se comparar várias dimensões individuais que eventualmente tinham impacto na vivência da dor crónica e que correspondiam às questões de investigação formuladas. A amostra era constituída por indivíduos consultados em meio hospitalar em três períodos do dia e, em colaboração com as equipas da instituição hospitalar, fomos avaliar as diferenças da percepção e respetiva influência na sua forma de estar.

3.2. Questões de Investigação

O presente estudo possui como objetivos gerais um melhor conhecimento sobre a percepção da Dor com o intuito de aprofundar a vivência e o significado que ela tem para a pessoa em Sofrimento.

Colocamos, assim, algumas questões de investigação

- Será que a variável relacionada com o género, têm influência na forma como a dor é vivenciada (percecionada)?
- Será que as crenças das pessoas e seus contextos culturais têm influência na forma como a dor é percecionada?
- Será que a família ou outros suportes sociais têm impacto na forma de vivenciar a dor?
- Será que a forma como os cuidados são prestados nas instituições influenciam positivamente na atenuação da dor o sofrimento?
- Será que a intensidade da dor varia de acordo com a frequência da dor percebida.

3.3. Variáveis

Variáveis de critério.

Uma vez que não houve manipulação por parte do investigador considerámos mais adequado designá-las por variáveis de critério em vez de variáveis independentes. Trata-se, pois, de variáveis pré-existent na amostra e que serviram para formar os grupos em comparação.

A informação recolhida relativamente às variáveis em estudo foi realizada através da aplicação do questionário, conforme se pode observar na tabela 1.

Tabela 1.

Variáveis, tipo de variáveis e instrumento

Variável	Tipo	Instrumento
Género	nominal	Questionário
Crença Religiosa	nominal	Questionário
Medicinas Alternativas	nominal	Questionário
Medicação Permanente	ordinal	Questionário
Conciliação,Dor,Trabalho	nominal	Questionário
Família		
Atenção da Instituição	ordinal	Questionário
Frequência da Dor.	ordinal	Questionário

Variável dependente.

No presente estudo pretendemos avaliar qual a influência das variáveis de critério na intensidade da dor. Considerámos, assim, a intensidade da dor como variável dependente.

3.4. Participantes

Descrição da amostra.

Apresentamos de seguida os dados descritivos da nossa amostra. Devido à natureza exploratória do nosso estudo, incluímos nesta secção a descrição de variáveis sobre a dor, algumas das quais estarão incluídas no tratamento estatístico. Pretendemos assim ajudar a caracterizar a nossa amostra também quanto à situação vivida relativamente à percepção da dor e da sua influência em algumas áreas da vida dos participantes.

Quanto ao género, a nossa amostra é constituída por um grupo de homens ($n=61$, 49.59%) e por um grupo de mulheres ($n=62$, 50.41%) com idades entre os 20 e os 77 anos ($M = 42.83$, $DP = 13.46$). As figuras 1 e 2 ilustram a distribuição por género e faixa etária, respetivamente. Todos os participantes revelaram estas informações.

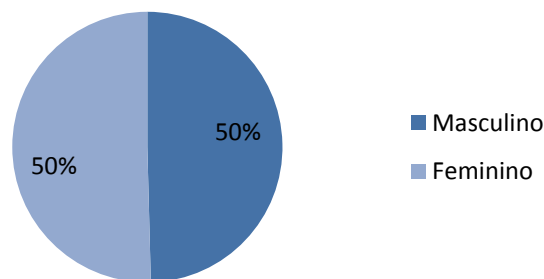


Figura 1. Distribuição da amostra por género.

Em termos de faixa etária, os participantes dividem-se em 33.30% até 35 anos inclusive ($n = 41$), 39.80% entre os 35 e 50 anos, inclusive ($n = 49$), 21.10% com mais de 50 anos e máximo de 65 anos ($n = 26$) e 5.70% ($n = 7$) com mais de 65 anos. Tal é ilustrado na figura 2.

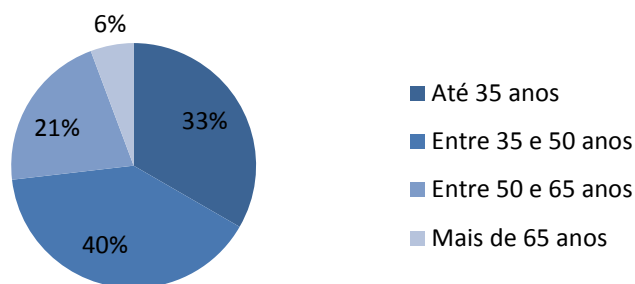


Figura 2. Distribuição da amostra por faixa etária.

A maioria dos participantes é casada ($n = 79$, 64,75%) ou solteiro ($n = 28$, 22.95%). Apenas 5 indivíduos são viúvos (4.10%), 3 divorciados (2.46%) e 7 possuem outro estado civil (5.74%), tal como ilustrado na figura 3. Apenas 1 participante não respondeu a esta questão (0.81%).

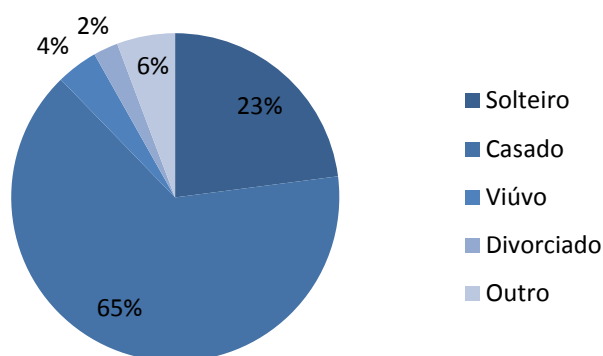


Figura 3. Distribuição da amostra por estado civil.

Quanto aos filhos verificou-se que um conjunto de indivíduos referem não terem filhos ($n = 27$, 22.30%), um outro conjunto ($n = 10$, 8.30%) expressa apenas ter um filho, outros indivíduos ($n = 47$, 38.80%) refere ter dois filhos, um conjunto de indivíduos ($n = 26$, 21.50%) tem três e, finalmente ($n = 11$, 9.10%) têm mais de 3 filhos. Não responderam a esta questão dois participantes (1.63%). A figura 4 ilustra os resultados encontrados.

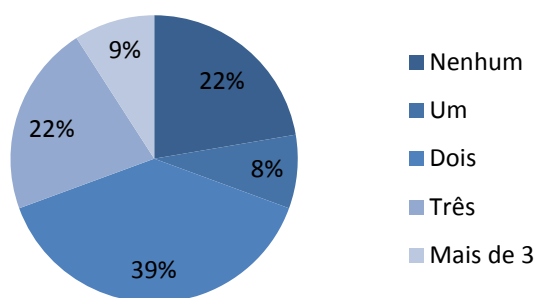


Figura 4. Distribuição da amostra por número de filhos.

Na figura 5 pode verificar-se que os indivíduos da nossa amostra vivem maioritariamente com o cônjuge ($n = 68$, 56.20%). Cerca de um quinto vive com o pai ou a mãe ($n = 25$, 20.66%) e ($n=20$, (16.53%) vivem com os filhos. Apenas dois participantes vivem com os irmãos (1.65%) e seis com pessoas de outro tipo de relações (4.96%). Não responderam a esta questão dois participantes (1.63%).

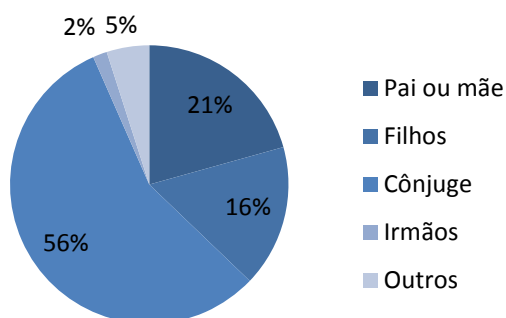


Figura 5. Distribuição da amostra por coabitação.

Quase todos os participantes são de nacionalidade portuguesa ($n = 97.56\%$). No entanto, ($n=2$, 1.63%) são de nacionalidade brasileira e apenas um indivíduo de origem guineense (0.81%), tal como ilustrado na figura 6. A taxa de resposta desta pergunta foi de 100% ($n = 123$).

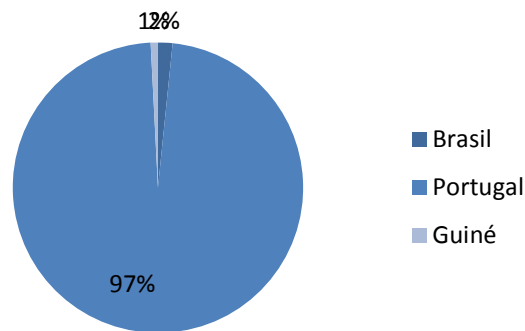


Figura 6. Distribuição da amostra por nacionalidade.

Em termos de habilitações literárias, verificamos um número de participantes ($n=7$, 5.74%) não possuem qualquer formação escolar, alguns ($n=37$, 30.33%) possuem apenas ensino básico, a maioria possui formação ao nível do ensino secundário ($n = 73$, 59.84%). Possuem formação superior ($n = 5$, 4.10%), tal como ilustrado pela figura 7. Apenas 1 indivíduo (0.81%) não forneceu esta informação.

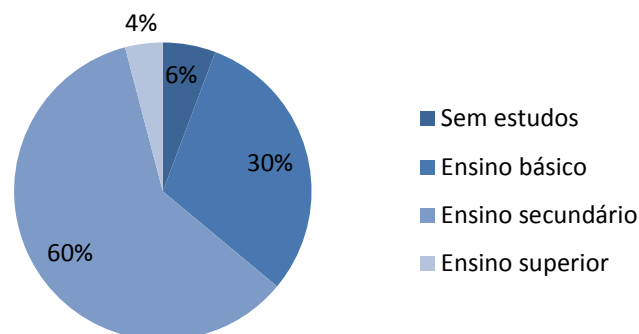


Figura 7. Distribuição da amostra por habilitações literárias.

A grande maioria dos participantes ($n = 119$, 96.75%) considera insuficiente o número de centros de dor para cobrir as necessidades existentes. Não existem dados em falta para esta questão. A figura 8 permite esta visualização.

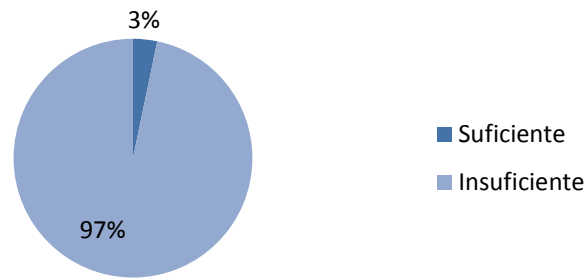


Figura 8. Distribuição da amostra por satisfação com o número de centros de dor.

Quanto à satisfação com o serviço prestado pelos centros de dor existentes, a maioria ($n = 79$, 64.23%,) considera suficiente, alguns indivíduos ($n = 23$, 18.70%) classificam-nos como tendo qualidade regular, outros ($n=11$, 8.94%) referem ser insuficiente, a boa qualidade é referida por menos sujeitos ($n=6$, 4.88%), apenas $n=2$ (1.63%) classificam como muito bom e de ótima qualidade somente se verifica ($n=1$, 0.81%). O detalhe sobre esta questão encontra-se ilustrado na Figura 9. Não existem valores em falta (*missings*).

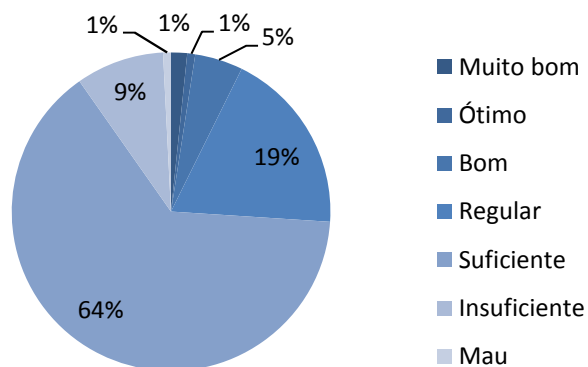


Figura 9. Distribuição da amostra por satisfação com o serviço prestado nos centros de dor.

Em termos de frequência de dor, 35 participantes referem ser muito frequente (28.69%), 74 indicam ser frequente (60.66%), 9 sentem dor com pouca frequência (7.38%) e 4 apenas raramente (3.28%). Apenas um participante (0.81%) não respondeu a esta questão). Estes dados podem visualizados na Figura 10

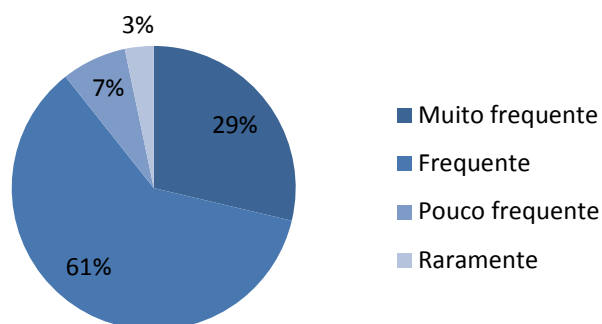


Figura 10. Distribuição da amostra por frequência de dor.

Quanto à intensidade da dor percebida, numa escala de 1 a 10, a maioria situa-se em 6 (38.21%). A Tabela 2 descreve o número de participantes e percentagens respetivas em cada ponto da escala. Todos os participantes responderam a esta pergunta.

Tabela 2

Número de Participantes e Percentagens Respetivas em Cada Ponto da Escala de Dor Percebida (Entre 1 e 10)

Intensidade da dor	N	%
1	1	0.81
2	1	0.81
3	4	3.25
4	12	9.76
5	36	29.27
6	47	38.21
7	13	10.57
8	5	4.07
9	4	3.25
10	0	0.00
Total	123	100.00

Em termos de hábitos de automedicação 110 indivíduos (92.44%) referem que já se automedicaram e apenas 9 sujeitos (7.56%) declinam esta prática, tal como ilustrado na Figura 1. Quatro participantes (3.25%) não responderam a esta questão.

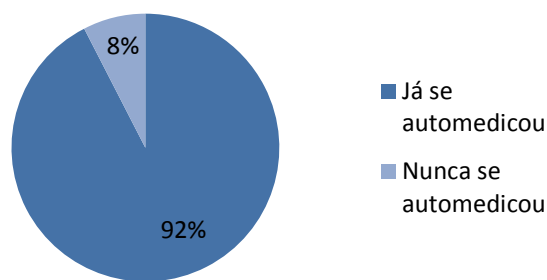


Figura 11. Distribuição da amostra por prática de automedicação.

Quanto à utilização de medicações alternativas para alívio da dor um conjunto de indivíduos ($n=119$, 97.54%) referem que as utiliza para mitigar a dor e apenas ($n=3$, 2.46%) referem não utilizar estes métodos. Apenas um participante (0.81%) não respondeu a esta questão. Os resultados estão detalhados na Figura 12.

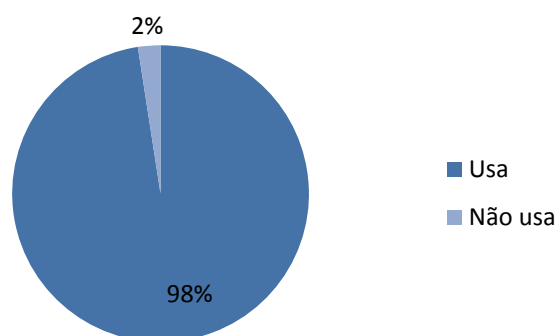


Figura 12 Distribuição da amostra por recurso a medicações alternativas para lidar com a dor.

A maior dos participantes referem já ter praticado atividade física como estratégia para lidar com a dor ($n=107$, 87.70%) e apenas $n=15$ (12.30%) referem nunca ter utilizado esta estratégia. Apenas um participante (0.81%) não respondeu a esta questão. Os resultados estão detalhados na Figura 13:

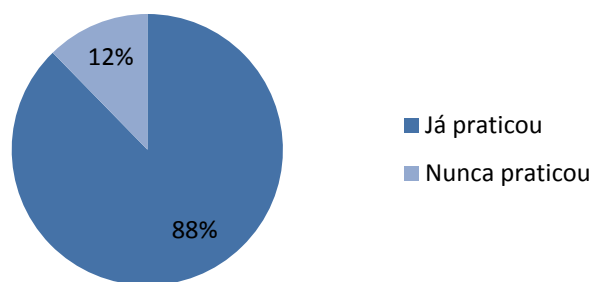


Figura 13. Distribuição da amostra por utilização de exercício físico como estratégia para lidar com a dor.

Em termos de impacto da dor nas relações diárias na vida familiar, 92.68% ($n = 114$) dos participantes refere senti-lo, e apenas 7.32% ($n = 9$) não sofrem este impacto. Todos os participantes responderam a esta questão. O detalhe está presente na Figura 14

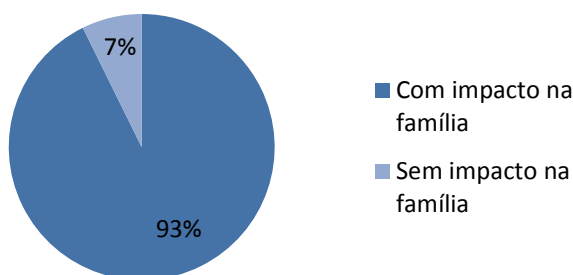


Figura 14. Distribuição da amostra por grau de impacto da dor nas relações familiares.

Também o impacto da dor nas relações diárias com os amigos é maioritariamente sentido ($n = 74$, 60.16%); existe, contudo, um menor número indivíduos que não sofrem este impacto ($n=49$, 39.84%). Todos os participantes responderam a esta questão. O detalhe está presente na Figura 15.

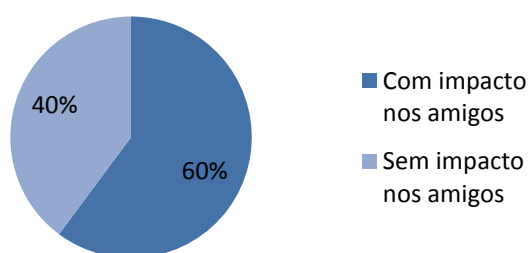


Figura 15. Distribuição da amostra por grau de impacto da dor nas relações com os amigos.

Já quanto aos colegas, a situação é inversa. O impacto ocorre em 39.84% dos casos ($n = 49$), e não é sentido em 60.16% ($n = 74$) dos casos. Todos os participantes responderam a esta questão. O detalhe está presente na Figura 16.

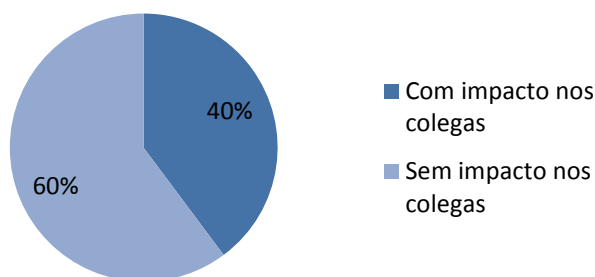


Figura 16. Distribuição da amostra por grau de impacto da dor nas relações com os colegas.

O impacto da dor no desempenho de funções é sentido por uma larga maioria dos participantes da nossa amostra ($n = 111$, 90.24%), apenas um menor número ($n = 12$, 9.76%) não o referem. Todos os participantes responderam a esta questão. O detalhe está presente na figura 17.

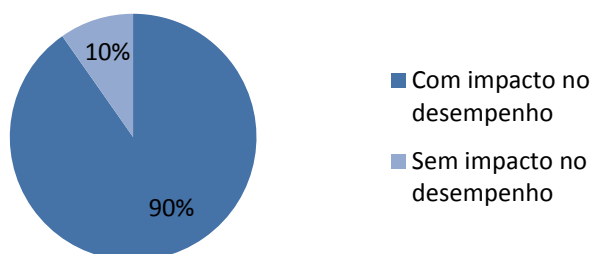


Figura 17. Distribuição da amostra por grau de impacto da dor no desempenho.

A dor apresenta impacto no descanso e no lazer num conjunto de participantes ($n = 17$, 13.82%), não ocorrendo esse fenómeno num maior número de sujeitos ($n = 106$, 86.18%) dos casos. Não existem valores em falta (*missings*) para esta questão. A Figura 18 ilustre o que acabámos de referir.

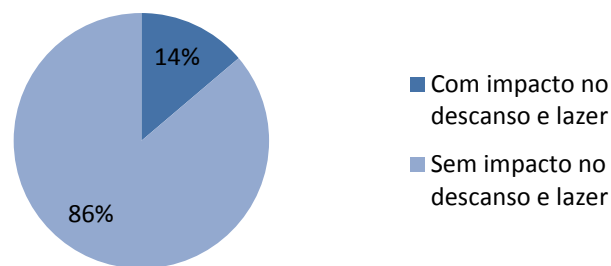


Figura 18. Distribuição da amostra por grau de impacto da dor no descanso e lazer.

A dor é responsável por faltas ao trabalho em 83.33% ($n = 100$) dos participantes, o que não acontece em 16.67% ($n = 20$) dos casos. Três participantes (2.44%) não forneceram esta informação, tal como pode ser visualizado na Figura 19.

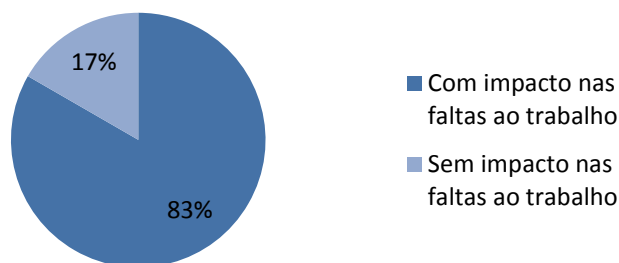


Figura 19. Distribuição da amostra por grau de impacto da dor nas faltas ao trabalho.

A economia familiar sofre o impacto da dor em 96.69% ($n = 117$) dos casos, não ocorrendo em 3.31% ($n = 4$). Existem para esta questão dois valores em falta (1.63%). A Figura 20 expressa os dados descritos.

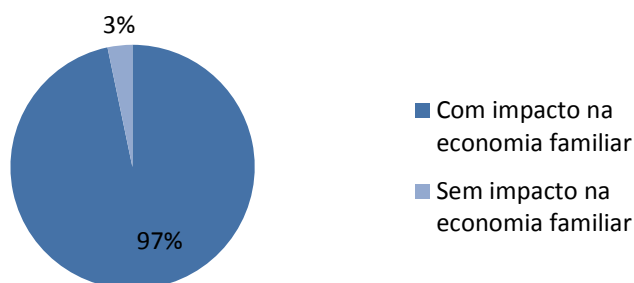


Figura 20. Distribuição da amostra por grau de impacto da dor na economia familiar.

Quando inquiridos sobre a qualidade da política institucional de saúde no apoio à dor, a maioria dos participantes ($n = 83$, 67.50%,) refere que não é satisfatória, e

31.70% ($n = 39$) atribuem-lhe qualidade. Apenas um participante não respondeu a esta questão (0.80%). Pode ser visualizado na Figura 21.

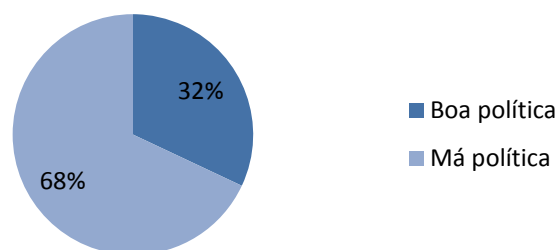


Figura 21. Distribuição da amostra por apreciação da qualidade da política institucional de saúde no apoio à dor.

Quanto ao grau de atenção que as instituições prestadoras de cuidados de saúde dedicam a quem sofre de dor, as respostas distribuem-se por “muita atenção” ($n=4$, 3.31%), “alguma atenção” ($n = 90$, 74.38%), “pouca atenção” ($n = 26$, 21.49%) e “nenhuma atenção” ($n = 1$, 0.83%). Existem dois valores em falta para esta questão (1.63%). Na Figura 22 podem ser visualizados os dados mencionados.

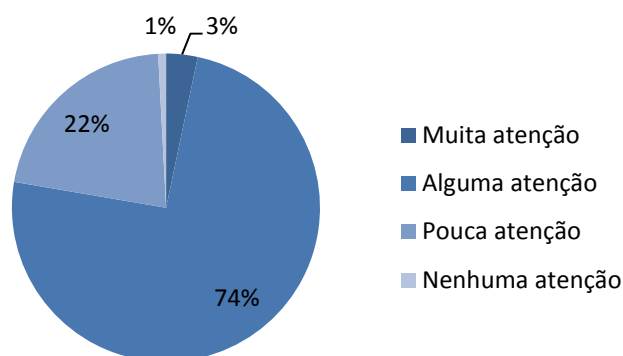


Figura 22. Distribuição da amostra por grau de atenção que as instituições prestadoras de cuidados de saúde dedicam a quem sofre de dor.

Relativamente à percepção de falta de proteção a quem tem dor, a maioria dos participantes ($n = 118$, 96.72%) sente-a, discordando quatro dos participantes (3.28%). Não respondeu a esta questão um participante (0.81%), tal como se pode ver na Figura 23.

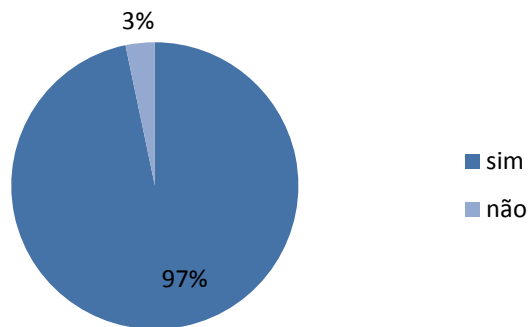


Figura 23. Distribuição da amostra por percepção de falta de proteção a quem tem dor.

A grande maioria dos indivíduos da nossa amostra toma medicação permanente para fazer face à dor de que sofrem ($n = 94$, 76.42%), o que não é o caso para 23.58% dos participantes ($n = 29$). Não existem valores em falta para esta resposta (Figura 24).

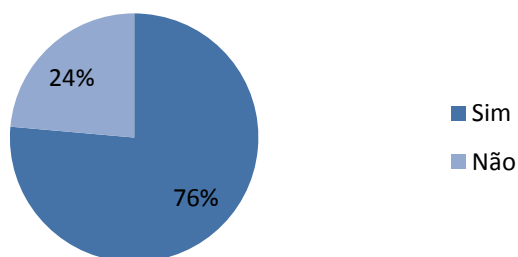


Figura 24. Distribuição da amostra por necessidade de medicação permanente para fazer face à dor.

Quando inquiridos sobre o seguimento de algum credo religioso, 98.36% ($n = 120$) dos inquiridos responde que sim, e apenas 1.64% ($n = 2$) respondem que não. Não respondeu a esta questão 1 participante (0.81%). Pode ser visualizado na Figura 25.

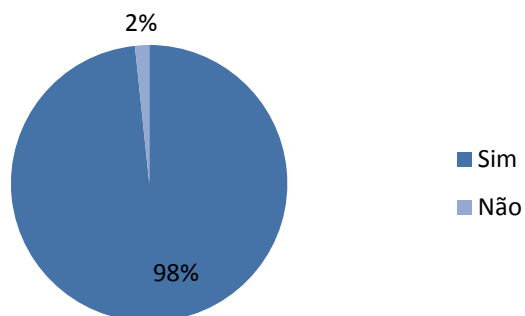


Figura 25. Distribuição da amostra por possuir credo religioso.

O detalhe sobre credo a que os participantes se referem está detalhado na Tabela 3, onde podemos verificar que a maioria ($n=87$, 73.11%) denomina-se católica. Não responderam a esta questão quatro participantes (3.25%).

Tabela 3

Número de Participantes e Percentagens Respetivas por Credo Religioso

Credo religioso	<i>n</i>	%
Hinduísmo	2	1.68
Budismo	4	3.36
Ortodoxa	6	5.04
Católica	87	73.11
Protestante	6	5.04
Jeová	8	6.72
Evangelismo	6	5.04
Total	119	100.00

A conciliação entre a dor, o trabalho e a família apresenta dificuldade para 44.3% ($n = 54$) dos inquiridos, e torna-se por vezes difícil para 41.00% ($n = 50$). Consideram razoavelmente difícil este equilíbrio 6.6% ($n = 8$) indivíduos, enquanto 3.3% ($n = 4$) consideram que o conseguem de boa forma. Já 2.5% referem que o atingem com muita dificuldade, 1.6% ($n = 2$) que o conseguem sempre e apenas 0.8% ($n = 1$) que nunca o conseguem. Não respondeu a esta questão, um participante (0.81%). A Figura 26 é demonstrativa destes dados.

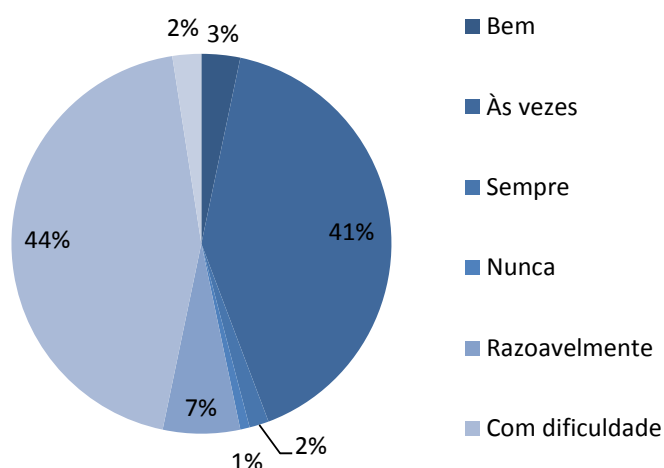


Figura 26 Distribuição da amostra por grau de facilidade em conciliar dor, família e trabalho.

A qualidade de vida percebida pelos participantes da nossa amostra é “boa” em 3.3% ($n = 4$) dos casos, considerada “razoável” por 54.9% ($n = 67$) dos inquiridos, “difícil” por 27.00% ($n = 33$), e “insatisfatória” por 14.80% ($n = 18$). Não respondeu a esta questão, um participante (0.81%). Esta informação pode visualizar-se na Figura 27.

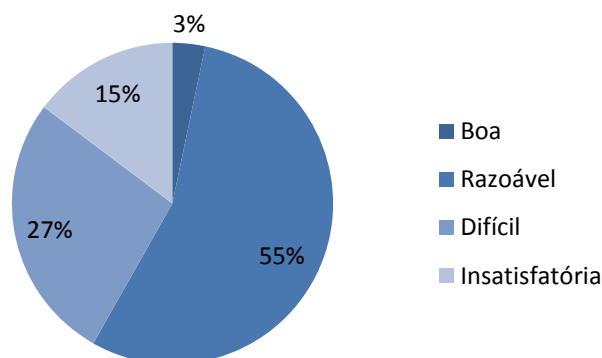


Figura 27. Distribuição da amostra por percepção de qualidade de vida.

3.5. Instrumentos

3.5.1. Questionário Sociodemográfico

Este questionário teve como objetivo recolher informação sobre os dados pessoais dos entrevistados, nomeadamente nome, data de nascimento, percurso escolar, profissão, história familiar, estado civil e dados referentes ao início dos sintomas de dor.

3.5.2. Questionário da Perceção da Dor

O QPD (Questionário da Perceção da Dor) foi elaborado com o objetivo de procurar saber de modo extensivo e intensivo, o que pensam os inquiridos sobre a dor.

Tomar conhecimento através das respostas dadas às perguntas, se os inquiridos sentem que o estudo da dor tem para eles algum interesse ou vantagem, para o futuro tratamento ou alívio da dor.

Colher informações que nos possibilitem tomar conhecimento, do grau de receptividade dos inquiridos ao tema dor, em inter-relação com o humor, o afeto e o sofrimento.

Para a elaboração do questionário foram selecionados itens que nos possibilitassem informação clara, concreta e objetiva dos fatores que nos propusemos investigar sobre a dor, a origem da dor, o aparecimento da dor, a sua localização, intensidade e irradiação da dor, como sinal ou sintoma.

No que se refere às perguntas, utilizámos o método de perguntas abertas, fechadas e mistas, para nos facilitar o tratamento dos dados colhidos e o atingir dos objetivos desta investigação.

O Questionário da percepção da dor foi elaborado com base no Questionário Breve para a Avaliação da Dor (BPI), versão portuguesa do *Brief Pain Inventory-Short Form*, desenvolvido pelo *Pain Research Group*, do Departamento de Neuro-Oncologia da Universidade do Texas, e com base no Questionário sobre a Dor de McGill (*McGill Pain Questionnaire*, 1989).

3.6. Procedimentos

A amostra do estudo foi recolhida na respetiva instituição (Hospital x), que possui cerca de 300 camas destinadas ao acolhimento de pacientes com dor. Dá apoio ao ensino e à pesquisa e tem ao seu serviço uma equipa de cuidadores assim constituída: médicos, enfermeiros, psicólogos, terapeutas e outros distribuídos em três turnos de trabalho, manhã, tarde e noite.

A escolha deste local para a recolha de dados fundamenta-se ou justifica-se, porque se trata de um local onde se realizam estágios, com supervisão e voluntariado, onde se percebeu a relevância de realizar uma reflexão com a equipa, sobre a avaliação da Dor, visto que a Dor é considerada o quinto sinal vital, mundialmente.

Com a finalidade de esclarecer a equipa, dos objetivos da metodologia usada nesta pesquisa, foram explicados os objetivos a atingir, com a temática referida à equipa de trabalho de cada turno.

Os participantes na aplicação do questionário e de acordo com o seu interesse, tiveram liberdade para escolher, se desejavam participar ou não nesta pesquisa. Daí que a seleção dos participantes não foi intencional.

Os participantes na recolha de dados, foram doze elementos da equipa da manhã, dez da equipa da tarde e oito da equipa da noite.

Tendo em consideração a legislação da D.G.S, que envolve seres humanos, os participantes que concordaram participar nesta pesquisa, fizeram-no sob a forma de pseudónimo, isto é, anonimato.

Para a realização da pesquisa, solicitou-se autorização ao Comité de Ética do Hospital e ao Comité de Ética em Pesquisa de UAL, a fim de se obter permissão para realizar a pesquisa na referida instituição.

A colheita de dados foi realizada por meio de inquérito/ questionário dirigido, semiestruturado, com perguntas abertas, fechadas e mistas, para identificar os conhecimentos dos participantes quanto a avaliação da Dor.

Seguidamente fez-se uma reunião com as equipas para sensibilizar os elementos da equipa para a avaliação da Dor, para melhor a entender e para esclarecer dúvidas.

Os dados recolhidos, foram organizados em tabelas, onde se procedeu à análise descritiva.

Nesta etapa procurámos estabelecer uma comparação entre os dados colhidos, para averiguar se confirmavam ou não os pressupostos da investigação ou seja se respondiam às questões formuladas e se contribuíam para a evolução dos conhecimentos sobre o assunto.

Quanto à apresentação e discussão sobre os dados colhidos apresentamos seguidamente informação referente aos conhecimentos da equipa, sobre as formas utilizadas para se avaliar a dor do cliente hospitalizado.

Os participantes nesta investigação referem que a Dor, pode ser avaliada por meio dos sinais e sintomas da Dor, as queixas verbais e gestuais do paciente, observação dos sinais vitais e da avaliação por meio de escalas de medida da Dor, analógica visual (VAS).

3.7. Procedimentos estatísticos

Explorando os dados recolhidos no questionário, testámos várias hipóteses decorrentes das perguntas colocadas no capítulo XXX. Utilizámos para tal testes t para amostras independentes ou ANOVA, conforme o caso. Os testes foram realizados utilizando a técnica de *bootstrap*, gerando 5000 amostras, utilizando um intervalo de confiança (IC) de 95% (tal como recomendado por Hayes, 2009), corrigido e acelerado por viés, sempre nos casos suportados pelo SPSS, versão 22, *software* utilizado para o tratamento estatístico.

O *bootstrapping* é uma técnica estatística moderna e robusta, e que nos permite obter resultados fiáveis, independentemente das características da distribuição da amostra. Apresenta desta forma vantagens relativamente às técnicas clássicas, quer sejam paramétricas ou não paramétricas (Erceg-Hun & Mirosevich, 2008; Hayes, 2009).

IV PARTE

4. Resultados

Apresentamos em seguida os resultados decorrentes das questões de investigação.

1. Existirão diferenças estatisticamente significativas quanto à intensidade da dor entre homens e mulheres?

As mulheres apresentam uma intensidade de dor em média inferior à dos homens, respetivamente 6.52, IC [6.16, 6.88] ($DP = 1.43$, IC [1.14, 1.69]) e 6.74, IC [6.43, 7.04] ($DP = 1.20$, IC [0.95, 1.42]). Esta diferença não se apresenta estatisticamente significativa, $t(121) = -0.930$, $p = .35$.

1. Existirão diferenças estatisticamente significativas quanto à intensidade da dor entre quem recorre a medicinas alternativas e quem não recorre?

Os participantes que usam medicinas alternativas para fazer face à dor apresentam uma intensidade de dor em média superior aos participantes que não o fazem, respetivamente 6.63, IC [6.40, 6.85] ($DP = 1.25$, IC [1.06, 1.42]) e 6.33, IC [2.00, 9.00] ($DP = 3.79$, IC [2.63, 3.78]). No entanto, esta diferença não se apresenta estatisticamente significativa, $t(2.011) = 0.136$, $p = .90$.

2. Existirão diferenças estatisticamente significativas no grau de dor entre pessoas com e sem credo religioso?

Em média, quem segue um credo religioso apresenta uma dor mais elevada do que os participantes que declaram não ter credo religioso, respetivamente 6.62, IC [6.39, 6.84] ($DP = 1.29$, IC [1.09, 1.48]) e 6.00, IC [4.00, 8.00] ($DP = 2.83$, IC [-, -]). Esta diferença não se apresenta estatisticamente significativa, $t(120) = 0.660$, $p = .51$.

3. Existirão diferenças na intensidade da dor entre quem necessita de medicação permanente para fazer face à mesma, e quem não necessita?

Quem necessita de medicação permanente apresenta uma dor em média mais elevada do que os participantes que não necessita de medicação permanente para fazer face à sua dor, respetivamente 6.80, IC [6.56, 7.02] ($DP = 1.18$, IC [0.98, 1.35]) e 6.07, IC [5.51, 6.63] ($DP = 1.60$, IC [1.19, 1.91]). Esta diferença é estatisticamente significativa, $t(121) = 2.662$, $p = .009$.

4. Existirão diferenças na intensidade da dor entre quem sente dor com mais ou menos frequência?

O grupo que sentem dor com muita frequência não apresenta uma distribuição normal ($D(35) = 0.22$, $p = .00$), bem como o grupo que sente dor frequentemente ($D(74) = 0.26$, $p = .00$). O grupo que sente dor com pouca frequência apresenta aderência à normalidade ($D(9) = 0.16$, $p = .20$). Devido ao reduzido número de participantes que reportaram sentir dor raramente (4), esta estatística não foi calculada.

Não dispondo de grupos com distribuição normal, optámos por utilizar o teste não paramétrico Kruskal-Wallis para detetar diferenças na intensidade de dor entre quem sente dor com muita frequência, com alguma frequência, com pouca frequência ou raramente. Os resultados indicam-nos que não existem diferenças estatisticamente significativas ao nível.05 entre os grupos considerados, quanto à intensidade de dor, $H(3) = 4.14$, $p = .25$.

Reportamos na tabela 4 os valores de dor média, desvio padrão e respetivos intervalos de confiança para cada grupo considerado:

Tabela 4

Dor Média, Desvio Padrão e Respetivos Intervalos de Confiança para Participantes com Dor Muito Frequente, Frequente, Pouco Frequente e Rara

Frequência da dor	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>IC 95%</i>	<i>DP</i>	<i>IC 95%</i>
Muito frequente	35	7.11	[6.68, 7.59]	1.43	[1.15, 1.64]
Frequente	74	6.49	[6.26, 6.69]	.94	[.77, 1.13]
Pouco frequente	9	6.22	[5.00, 7.50]	1.99	[1.22, 2.39]
Rara	4	5.50	[3.00, 7.20]	3.00	[1.16, 4.24]

5. Existirão diferenças na intensidade da dor entre quem considera existir muita, alguma ou pouca atenção das instituições face a quem tem dor?

O grupo que sente alguma atenção não apresenta uma distribuição normal ($D(90) = 0.25, p = .00$), bem como o grupo que sente pouca atenção ($D(26) = 0.21, p = .00$). Devido ao reduzido número de participantes que reportaram sentir muita atenção (4), e nenhuma atenção (1) esta estatística não foi calculada.

Não dispondo de grupos com distribuição normal, optámos por utilizar o teste não paramétrico Kruskal-Wallis para detetar diferenças na intensidade de dor entre quem sente dor com muita frequência, com alguma frequência, com pouca frequência ou raramente. Os resultados indicam-nos que existem diferenças estatisticamente significativas ao nível .05 entre os grupos considerados, quanto à intensidade de dor, $H(3) = 17.85, p = .00$.

Reportamos na tabela 5 os valores de dor média, desvio padrão e respetivos intervalos de confiança para cada grupo considerado:

Tabela 5

Dor Média, Desvio Padrão e Respetivos Intervalos de Confiança para Participantes Que Sentem Muita, Alguma e Pouca Atenção por Parte das Instituições, Face a Quem tem Dor.

Grau de atenção	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>IC 95%</i>	<i>DP</i>	<i>IC 95%</i>
Muita atenção	4	9.75	[9.33, 9.86]	0.50	[0.38, 0.71]
Alguma atenção	90	6.63	[6.41, 6.85]	1.07	[0.86, 1.26]
Pouca atenção	26	6.23	[5.65, 6.84]	1.56	[1.15, 1.84]
Nenhuma atenção	1	4.00	-	-	-

Testes *post hoc* efetuados sem o grupo com apenas 1 respondente revelam diferenças estatisticamente significativas na intensidade da dor entre os participantes que consideram ter “muita atenção” por parte das instituições e os que consideram ter “alguma atenção” ($p = .00$), entre os que consideram ter “alguma atenção” e os que consideram ter “pouca atenção” ($p = .00$), e entre os que consideram ter “muita atenção” e os que consideram ter “pouca atenção” ($p = .00$).

6. Existirá relação entre a intensidade da dor e o grau de conciliação entre a dor, o trabalho e a família?

O grupo que consegue esta conciliação às vezes não apresenta uma distribuição normal ($D(50) = 0.20, p = .00$), bem como o grupo que responde “com dificuldade” ($D(54) = 0.25, p = .00$). o grupo que respondeu “razoavelmente” apresenta uma distribuição normal ($D(8) = 0.23, p = .20$) Não foi calculada esta estatística para os restantes grupos.

Não dispondo de grupos com distribuição normal, optámos por utilizar o teste não paramétrico Kruskal-Wallis para detetar diferenças na intensidade de dor entre os diferentes graus de conciliação entre a dor, o trabalho e a família. Os resultados indicam-nos que existem diferenças marginalmente significativas ao nível .05 entre os grupos considerados, quanto à intensidade de dor, $H(3) = 7.55, p = .056$.

Reportamos na tabela 6 os valores de dor média, desvio padrão e respetivos intervalos de confiança para cada grupo considerado:

Tabela 6

Dor Média, Desvio Padrão e Respetivos Intervalos de Confiança para Participantes que Sentem Muita, Alguma e Pouca Atenção por Parte das Instituições, Face a Quem tem Dor.

Grau de conciliação	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>IC 95%</i>	<i>DP</i>	<i>IC 95%</i>
Bem	4	4.75	[4.00, 7.00]	1.50	[0.00, 2.12]
Às vezes	50	6.56	[6.24, 6.90]	1.23	[0.97, 1.45]
Sempre	2	7.00	[7.00, 7.00]	0.00	[0.00, 0.00]
Nunca	1	10.00	[10.00, 10.00]	-	-
Razoavelmente	8	6.13	[4.20, 8.00]	2.64	[1.67, 3.06]
Com dificuldade	54	6.83	[6.59, 7.08]	0.97	[0.79, 1.11]
Com muita dificuldade	3	7.00	[7.00, 7.00]	0	[0.00, 0.00]

V PARTE

5. Discussão e Conclusão

A partir dos resultados apresentados anteriormente, faremos a discussão dos mesmos com base na revisão de literatura efetuada.

Partindo dos objetivos gerais do trabalho, ou seja conhecer de forma mais aprofundada qual a percepção da dor em doentes que sofrem de dor crónica, colocámos algumas questões de investigação que tinham como objetivos específicos verificar se existiam diferenças na percepção da intensidade da dor a vários níveis.

Os resultados decorrentes da primeira questão de investigação sugerem que, no que se refere às diferenças na intensidade da dor entre homens e mulheres, embora as diferenças não sejam significativas, os homens têm tendência a sentir mais dor do que as mulheres.

A literatura nesta área não é de todo consensual, alguns estudos indicam que os homens parecem ser mais sensíveis à dor. Contrariamente, Fillingim (2010, citado por Calado 2015) refere que investigação mais recente nesta área revela que as mulheres tendem a sentir a dor de forma mais intensa.

No que diz respeito a estudos realizados com doentes em fase pós operatória Fillingim (2010, citado por Calado 2015), refere a existência de diferenças entre homens e mulheres, verificando que as mulheres sentem mais dor do que os Homens.

Mogil (2012) salienta que grande parte dos estudos tem apontado para que as mulheres sejam mais sensíveis à dor, referindo que muito provavelmente estes resultados se devem a diferenças no funcionamento das vias da dor, à influência de fatores psicológicos e diferenças na resposta aos analgésicos.

Calado (2015) salienta a importância de outros fatores que poderão explicar o facto de as mulheres apresentarem uma maior sensibilidade à dor, referindo a existência de uma assimetria nas escalas de dor entre homens e mulheres, uma vez que para as mulheres a referência será a dor de parto. Por outro lado, fatores de ordem psicossocial podem influenciar na medida em que existirá uma tendência à depressão associada à dor

nas mulheres, enquanto nos homens o fator socialização funcionará como um inibidor da expressão da dor.

Também no que se refere às diferenças entre quem recorre a medicinas alternativas e quem não recorre, não se verificaram diferenças significativas embora exista uma tendência para que as pessoas que utilizam medicinas alternativas sintam mais dor do que as pessoas que não as utilizam. Estes resultados parecem sugerir que as pessoas que sentem mais dor tenham tendência a procurar medicinas alternativas para alívio da dor, não encontrando resposta na medicina tradicional.

Relativamente aos resultados quanto à intensidade da dor entre pessoas com e sem crenças religiosas, verificamos que são os respondentes com crenças religiosas apresentam valores mais elevados na expressão da dor do que as pessoas sem crenças religiosas, embora também aqui as diferenças não são estatisticamente significativas. De facto, parece haver consenso no facto de que a cultura e os valores influenciam a forma como as pessoas sentem a Dor (Schwob, 1997, Zborowski, 1998, Monteiro, 2012), assim como, os aspetos ideológicos que estão subjacentes a cada crença religiosa vão influenciar a vivência da dor (Monteiro, 2012). Por exemplo, para a igreja cristã a dor pode ser vista como a rendição do pecado original (Schwob, 1997) e para a filosofia Budista a dor faz parte da vida, desde o nascimento até à morte (Calzani, 2004). Apesar de por vezes as palavras religião e espiritualidade serem utilizadas indiscriminadamente, os conceitos são diferentes. No dizer de Monteiro (2012) “A religião inclui legitimidade para uma memória coletiva e uma pessoa espiritual pode não ser afiliada a uma religião” (p. 92).

Progressivamente, tem surgido uma perspetiva cada vez mais acentuada na humanização dos cuidados de saúde que, para além, de se traduzir na valorização do bem-estar do doente, os técnicos consideram como muito importante a atenção e o respeito pelas crenças religiosas da pessoa enferma.

Em estudos desenvolvidos por alguns autores (Nunes, 2001, Monteiro, 2012) constatou-se que a religião funciona como uma estratégia de *coping*, para lidar com a dor, possibilitando vivenciá-la numa atitude mais aceitante.

Salientamos que surgiram diferenças estatisticamente significativas entre quem necessita de medicação permanente e quem não necessita, isto é, verificou-se que o grupo que toma medicação de forma permanente revela sentir mais dor.

O recurso à medicação é uma atitude expectável para fazer face à dor. Um estudo realizado por Kurita e Pimenta (2003) sobre a adesão ao tratamento da dor crónica vem

confirmar o que acima é referido “Nas dores crônicas, a possibilidade de o paciente ter prescrição para o uso de doses de «resgate» é desejável, visto as repercussões nas atividades diárias e sofrimento quando há exacerbação da dor” (423). No dizer de Gomes (2008) a medicação pode ser considerada uma estratégia de “*coping*” para lidar com o sofrimento.

Quando se relaciona a intensidade com a frequência dor, os resultados revelam que as pessoas que sentem dor com mais frequência apresentam uma média de intensidade da dor superior. Apesar de não serem apresentadas diferenças estatisticamente significativas, não podemos deixar de considerar óbvio que a sensação sucessiva da dor desencadeia um maior sentimento de sofrimento.

Relativamente à atenção prestada aos doentes por parte das instituições, os resultados revelam que existe uma diferença estatisticamente significativa, isto é, o grupo que revela ter muita atenção institucional expressa um nível médio de dor mais elevado relativamente ao grupo que referem ter alguma atenção ou pouca atenção. Têm sido realizados vários estudos sobre doenças que envolvem dor crónica, nomeadamente Dantas, Rossado e Rocha (2012) afirmam que “o controle e alívio da dor e dos demais sintomas físicos são um direito do paciente e um dever dos profissionais de saúde, que devem estudar estratégias para diminuir o sofrimento dele” (p. 24).

É compreensível que os doentes que manifestam mais as suas queixas tenham uma maior atenção por parte dos técnicos no sentido de obter um maior alívio.

Por ultimo ao olharmos para os resultados referentes ao papel da conciliação da dor com o trabalho e a família, verificamos que o grupo que revela uma boa consonância nestes parâmetros profissionais e de suporte familiar expressa menos intensidade de dor, sugerindo que quanto maior a dificuldade de conciliação maior a intensidade vivenciada. Atualmente, no âmbito da psicologia da saúde, tem havido um alertar para a importância da humanização das condições de trabalho, assim como, o papel do sistema familiar no que diz respeito à melhoria da qualidade de vida.

Por exemplo, Baptista, Baptista & Torres (2006) afirmam que “O suporte social também vem sendo associado à diversas outras medidas, tais como competência pessoal, comportamentos de adesão a tratamentos de saúde, estratégias de enfrentamento, percepção de controlo, senso de estabilidade e bem estar psicológico”

Outros estudos (Baptista, & Oliveira, 2004; Lovisi, Milanil, Caetano, Abelha & Morgado, 1996) corroboram, também, a importância do suporte social, nomeadamente

o papel da família, na redução da percepção da dor e na neutralização de adversidades provenientes da doença.

5.1. Reflexão em Jeito de Posfácio

Pediram-me que escrevesse alguma coisa sobre Saber e sobre a minha pessoa mas, eu não sei se sabem que escrever sobre o Saber consiste em descrever e desenhar um destino.

Eu apaixonei-me pelo Saber quando já tinha uma idade avançada para esse efeito. Sucede, porém, que essa paixão não foi por mero acaso mas sim por uma necessidade premente.

Ao apaixonar-me pelo Saber desenhei e descobri o meu caminho porque a sua voz era suave e serena e eu sentia o desejo de o transformar numa sublime canção de amor.

Sei que estar apaixonada pelo saber na minha idade não tem nada de estranho e, ter um amor na vida não é crime nem pecado e, nem sequer é uma doença de perigo.

Meu Deus, meu amigo, o meu amor é Deus e o Saber, ambos iluminam o meu caminho.

Eu pedi ao Saber, meu amigo, que me contasse o que na tua vida aconteceu porque sendo tu ainda tão jovem tens o teu cabelo da cor do meu.

Eu sei que ter cabelo branco consiste em ter saudade de tudo que a vida nos deu e que, quem nunca teve dor nem saudade não sabe o que por descuido ou distração na vida perdeu, porque não soube de aproveitar as capacidades que Deus lhe deu.

No meio de tudo isto não vale a pena pensar muito porque uma dessas pessoas sou eu.

No entanto, não me posso esquecer que foi o Saber quem te disse que quando os meus olhos te vêm saber, a minha alma sorri-se, e, quando ela ouve a tua voz toda ela ferveilha e se perturba porque em data que já não lhe ocorre e num dia que não volta nunca mais, ela se fundiu com a tua, para desaparecerem no espaço num *flash* de luz. Contudo, desejo também dizer-te que com esta análise de investigação se pretendeu tomar conhecimento do que é a dor, o sofrimento e o preço oculto a pagar pela vida, a sua origem e as suas consequências na vida do ser humano, bem como da sua família e

o seu impacto na economia do estado e, de algum modo, dar um contributo para a melhoria da qualidade de vida das pessoas pela redução da ansiedade e do stress.

Por outro lado, procurou-se averiguar qual é o preço oculto a pagar pela vida e se esse preço tem por base a dor e o sofrimento de os sofrer.

Quanto à metodologia que empregamos para a colheita de dados que nos possibilitaram a elaboração desta análise investigativa contribui a observação direta por meio de visitas periódicas à consulta da dor e de acordo com a disponibilidade dos sectores.

Fizemos entrevistas não sistematizadas aos utentes e aplicamos um inquérito questionário.

No entanto para além do referido foi o saber e somente o saber quem te ensinou a dizer:

Rosa branca toma cor não sejas tão desmaiada, porque onde estão rosas vermelhas, as rosas brancas não valem nada.

Mas agora que a hora da despedida se aproxima o saber só gostava que as rosas ficassem todas vossas amigas.

Eu pedi a Deus Nosso Senhor que me inspirasse para eu ser capaz de vos oferecer este valor.

É evidente que eu sou já uma velhinha de noventa anos de idade.

Sou a aluna nº 2011417 do curso de doutoramento em Psicologia Clínica, da UAL- Universidade Autónoma de Lisboa, pelo que desejo dar-lhe testemunho da minha gratidão por me ter recebido no seu seio aos 65 anos de idade, onde terminei o curso de Sociologia Clínica- variante Saúde em 1995, tendo por conseguinte 70 anos de idade.

Foi neste momento que me apercebi do valor do saber nos círculos da vida do ser humano e no seu desenvolvimento.

A minha vida tem-se desenvolvido por círculos: uns foram-se fechando rapidamente, outros foram alargando a favor ou contra a minha vontade de acordo com o sucesso ou o fracasso daquilo ou dos empreendimentos em que me envolvia ou ainda das oportunidades que conseguia obter.

Comecei cedo a conhecer a vida do campo e a cavar a terra, quando tinha 5 anos já guardava as ovelhas e as vacas no campo e as sabia conduzir à corte.

Quando eu tinha 7 anos de idade fui a Lisboa com a minha mãe e o meu irmão de 3 anos de idade, porque a minha mãe descobriu que o meu pai tinha em Lisboa uma mulher de quem já tinha duas filhas.

Foi com esta visita que a minha mãe resolveu o seu problema de não ter marido;

Pedi o divórcio

Foi o princípio do fim

O resto fica para depois

Rosa Maria Andrade

Referências Bibliográficas

- Amabis, J.M. & Martho, G.R. (2002). *Fundamentos da Biologia Moderna*. São Paulo: Ed. Moderna, 3^a edição, 2002.
- Assis, T. A., Miranda, J. G. V., & Cavalcante, S. L. P. (2010). A dinâmica de condução nervosa via modelo de FitzHugh-Nagumo. *Revista Brasileira de Ensino de Física*, 32, (1), 1307
- Baptista, M. N. & Oliveira, A. A. (2004). Sintomatologia de depressão e suporte familiar em adolescentes: um estudo de correlação. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 14 (3), 58-67.
- Baptista, M. N., Baptista, A. S. D, & Torres, E. C. R. (2006). Asociación entre soporte social, depresión y ansiedad en embarazadas. *Psic: revista da Vetor Editora*, 7(1), 39-48. Recuperado em 05 de janeiro de 2016
- Bariéty, M. & Coury, CH (1963). *Histoire de la Médecine*. Librairie Athème Fayard, 195-215
- Bonica, J. J. (1990). *The management of pain* (Vol. 1). Lippincott Williams & Wilkins.
- Branco, M. J., Silva, S., Batista, I., Nunes, B., & Dias, C. M. (2012). Médicos-Sentinela: relatório de atividades 2011.
- Braz, A. S., Paula, A. P. , Melo Diniz, M. F. & Almeida, R. N. (2011). *Uso da terapia não farmacológica, medicina alternativa e complementar na fibromialgia* <http://www.scielo.br/pdf/rbr/v51n3/v51n3a08.pdf> 51(3):269-82] ©Elsevier Editora Ltda
- Calado, C. (2015). O Efeito da Música e a Importância da Musicalidade na Dor do Pós-operatório. Tese de Doutorado em Psicologia. Universidade Autónoma de Lisboa

- Calil, A. M. & Pimenta, C. A. M. (2005). Intensidade da Dor e Adequação da Analgesia. *Rev Latino-am Enfermagem*. 13(5):692-9
- Cardoso, R. (2013). *Design para um mundo complexo*. Editora Cosac Naify.
- Carvalho, J. J., Elias, N., Galvão, J. E., & Mesquita, K. C. (1991). Participação do periósteo na consolidação da fratura: estudo experimental. *Revista Brasileira Ortopedia*, 26, 251-254.
- Caseiro, A., Figueiredo, A., Almeida, C., Fernandes, C., Bento, D., Pinto, F & Marta, S. (2011, Fevereiro). *Dor enquanto 5º sinal vital*. Centro Hospitalar de Lisboa Central: Área de Neurociências
- Castiglioni, A. (1941). *Historia de la Medicina. Primera edición española*. Traducida de la 2ª edición italiana. Barcelona: Salvat Editores. S.A.
- Cavalin, M. Z. (2012). A enfermagem na atenção a crianças que tentaram suicídio em um centro de atenção psicossocial infantil.
- Coelho, I. S. (2014). *Efeito Terapêutico do Galato de Etila na Nocicepção Neuropática e Induzida por Algógenos em Camundongos*. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina Centro de Ciências Biológicas.
- Coniam, S. W., Diamond, A. W., Mendonça, P., & Fonseca, F. (2001). *Controlo da dor*.
- Correia, D. (2015). PORTUGAL ASSINA A DECLARAÇÃO DE MONTREAL. <http://www.aped-dor.org/index.php/a-aped/declaracao-de-montreal> (acesso em 13 de Outubro de 2015).
- Dantas, I. A. S., Rossato, L.M. & Rocha, M.C.P. (2012). Compreendendo o Significado de Cuidados Paliativos para a Enfermagem. *Saúde Revista Piracicaba*, 12 (32) 21-31
- Delay, J. & Denirer, P. (1968). *Handbook of Clinical Neurology* 6, P .J. Vinken and G.W. Bruyn, Amsterdam: Ede. North Holland, 248-267

- Deloyers, L. (1970). *François Magendie, précurseur de la médecine expérimentale*. Bruxelles: Presses Universitaires
- Descartes, R. (1983). *Meditações. Descartes* (1ª ed. 1641). São Paulo: Coleção Os pensadores, 83-142.
- Diamond, A. W., Coniam, S. W., & Mendonça, P. (1999). *Controlo da dor crónica*.
- Dominguita, L. G. (1988). Mielinização, Desmielinização e Remielinização no Sistema Nervoso Central. *Arq. Neuro Psiquiatria* (S Paulo) 46 (3) 292-297
<http://www.scielo.br/pdf/anp/v46n3/10.pdf>
- Dormandy, T. (2006). *The Worst of Evils – The Fight Against Pain*. London: Yale University Press
- Erceg-Hun, D. M., & Mirosevich, V. M. (2008). Modern robust statistical methods: An easy way to maximize the accuracy and power of your research. *American Psychologist*, 63(7), 591-601. doi:10.1037/0003-066X.63.7.591
- Ferreira, C. H. J. & Beleza, A. C. S. (2006). Abordagem Fisioterapêutica na Dor Pós-operatória: a electroestimulação nervosa transcutânea. *Revista Col. Bras. Cir.* ISSN 0100-6991 (127-130).
- Fillingim, R. B. (2010). Individual differences in pain: the roles of gender, ethnicity, and genetics. In S. M. Fishman, J. C. Ballantyne, & J. P. Rathmell, *Bonica's Management of Pain* (4th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health, Lippincott Williams & Wilkins, (86-98)
- Fiolhais, C. (2014). Sobre o início da cirurgia no mundo e em Portugal. *Revista Portuguesa de Cirurgia*, II série: 29. Órgão Oficial da Sociedade Portuguesa de Cirurgia ISSN 1646-6918
- Free, M. M. (2002). *Cross cultural conceptions of pain and pain control*. Baylor

- Gomes, A. (2008). Abordagem psicológica no controlo da dor. *Revista Dor*, 7 (48).
- Guerti, A. & Consigliere, S. (1999). *Por uma Antropologia do Dor*. Nota preliminar. (trad. Oscar Clava Soez). Departamento de Ciência de Antropologia: Universidade de Geneve
- Hayes, A.F. (2009). Beyond Baron and Kenny: Statistical mediation analysis in the New Millenium. *Communication Monographs*, 76(4), 408-420. doi:10.1080/03637750903310360
- Hipólito, J, Nunes, O. (2000). Patologia Somática Grave: Um olhar da Abordagem Centrada na Pessoa. *A Pessoa como Centro: Revista de Estudos Rogerianos*. (6): 99-101
- Hipólito, João E. J. 2011. *Auto-organização e Complexidade – Evolução e Desenvolvimento do Pensamento Rogeriano*. (org. Nunes, O.). ed. 1, 1 vol., ISBN: 978-989-8191-20-5. Lisboa: Edial.
- Klaumann, P. R., Wouk, A. F. P. F. & Sillas, T. (2008). *Patofisiologia da Dor*
- Kosterlitz, HW & Hughes, J. (1975). *Life Sei*. 17, 91-96
- Kurita, G. P. & Pimenta, C. A. d M. (2003) Adesão ao Tratamento da Dor Crónica. Estudo de varáveis demográficas, terapêuticas e psicossociais. *Arq. Neuropsiquiatria*, 61 (2-B): 416-425,
- Loeser, J. D. & Melzack, R. (1999). *Pain: an overview*. *Lancet*. 353 (9164), 1607-9,
- Loeser, J. D. & Treede, R. D. (2008). The Kyoto protocol of IASP Basic Pain Terminology. *Pain*. 137 (3) 473-7.
- Lovisi, G. M., Milanil, I., Caetano, G., Abelha, L., Morgado, A. F. (1996). Suporte Social e distúrbios psiquiátricos: em que base se alicerça a associação? *Inform. Psiq*, 15 (2), 65-68.

- Lundy-Ekman (2008). *Neurociência – Fundamentos para a Reabilitação* (3ª ed.). (trad. Fernando Dinis Mundim et al.) Rio de Janeiro: Elsevier
- Mauss, M. A expressão obrigatória dos sentimentos. In: Mauss, M. São Paulo: Ática, 1979 [1921] p. 147-53.
- Messlinger, K. (1997). *What is a nociceptor?* *Anaesthetist*, 46, (2) 142-53.
- Miceli, A. V. P. (2002). Dor crônica e subjetividade em oncologia. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 48 (3): 363-373
- Miguel, J. P. (2003). Direcção-Geral da Saúde Circular Normativa nº 9/DGCG
- Millan, M. J. (1999). The induction of pain: an integrative review. *Prog. Neurobiol.* 57 (1) 1-164.
- Mogil, J. S. (2012). Sex differences in pain and pain inhibition: multiple explanations of a controversial phenomenon. *Nature Reviews Neuroscience*, 13, 859-866.
- Monteiro, J.A. T. F. (2012). Espiritualidade, Axiologia e Coping na Pessoa com Lombalgia. *Tese de Doutoramento em Psicologia*. Universidade do Algarve. Faculdade de Ciências Humanas e Sociais.
- Nunes, O. (2000). Uma Abordagem sobre a Relação de Ajuda. *A Pessoa como Centro: Revista de Estudos Rogerianos* (3): 59-65
- Ogden, C. L. (2004). *Mean body weight, height, and body mass index: United States 1960-2002* (pp. 1-17). Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics.

- Oliveira C., C., Élide C., C., Oliveira F., D., Pacheco de Melo, F., C., Silva, F., Dias, Parreira, E., J., Almeida, G., S., Sérvulo, J., Santos, R., P. (1977). *Revista de Psicofisiologia*, 1(1),
- Oliveira, E., Pedrosa, C. & Rosa, P. (1992). *Do Bing-Bang à Célula*. Lisboa: Texto Editora
- Pain, M. L. (1948). *Annals of New York Academy of Science*, 51:3
- Pessini, L. (2002). Humanização da dor e sofrimento humanos no contexto hospitalar. *Revista Bioética*, 10 (2), 51:72
- Plato, P. (1885). *Edited with introduction and notes by W. D. Geddes*. London: Macmillan.
- Portela, J. Luís – Valorização e medida da dor [sl.:sn, 1983] (Separata – *Arquivos de Reumatologia*, 5, 143-152.
- Probstner, D. & Thuler L. C. S. (2006). Incidência e prevalência de dor fantasma em pacientes submetidos à amputação de membros: *Revista Brasileira de Cancerologia* 52 (4): 395-400
- Renouard, P. V. (1871). *Historia de la Medicina, desde su origen hasta el siglo XIX*. Salamanca: Imp. de D. Sebastián Cerezo
- Rogers, C. (1985). *Tornar-se pessoa* (7ª Ed.). (Manuel J. C. Ferreira, Trans.). Lisboa: Moraes Editores. (obra original publicada em 1961).
- Rey, R. (1995). *The History of Pain*. Cambridge: Harvard University
- Rosenzweig, J. B., Cline, D. B., Cole, B., Figueroa, H., Gai, W., Konecny, R., ... & Simpson, J. (1988). Experimental observation of plasma wake-field acceleration. *Physical review letters*, 61(1), 98.

- Rosenzweig, Leiman, & Breedlove (1998). *Psychobiologie* (trad. E adaptação francesa por Nicole Bonaventure et Bruno Will). Paris: De Boeck Université
- Sampieri, R.,H., Collado, C. F. & Lucio, P. B. (2006). *Metodologia de Pesquisa*. (3ª ed.). S. Paulo: McGraw-Hill
- Santos M. C. (2010). Humanizando a Prática Médica: um Estudo sobre o Manejo Terapêutico e as Concepções de Saúde de Médicos Carismáticos. *Revista Formadores*, 1 (2), 269.
- Sarti, C. A. (2001) A Dor o Indivíduo e a Cultura. *Saúde online*, 10, (1), 3-13. ISSN 1984-0470
- Schopenhauer, A. (1966). *Le Monde comme volonté et comme représentation*. Trad. de A. Burdeau. Paris: PUF
- Schwob, M. (1994). *A dor*. Lisboa: Instituto Piaget. ISBN 972-4407-22X
- Silva, P. (1998). *Farmacologia*. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara-Koogan
- Simantov, R. & Snyder SH. (1976). *Morphine-like peptides in mammalian brain: isolation, structure elucidation, and interactions with the opiate receptor*. U S A: Proc Natl Acad Sci. 73 (7) 2515–2519.
- Sperber, A. D., Drossman, D. A., & Quigley, E. M. (2012). The Global Perspective on Irritable Bowel Syndrome: A Rome Foundation–World Gastroenterology Organisation Symposium. *The American journal of gastroenterology*, 107(11), 1602-1609.
- Tainter I. M. L. (1948). *Pain*. Annals of New York Academy of Science, 51:3
- Tranquilli, W. J. (2004). Fisiologia da dor aguda. In: Greene, S. A. *Segredos em anestesia veterinária e manejo da dor*. Porto Alegre: Artmed, 399-402.
- University Medical Center, 15, (2), 143-145.

Volkov, NI., Nensin, H, I. (2000). Bioquímica da atividade muscular. Kiev.

Wallis, F. (2010). *Medieval Medicine: A Reader*. Toronto: University of Toronto Press
Incorporated

Zélia, M. A. (2011). *Plantas Medicinais* (3ª edição). Universidade Federal da Bahia:
Ed. da UFBA

ANEXOS

Consentimento Informado

Fui informado/a que, Rosa Maria Gonçalves de Sousa Andrade, aluna nº 20081019, finalista do Curso de Mestrado em Relação de Ajuda, Aconselhamento e Intervenção Terapêutica em Psicologia Clínica, na U.A.L. – Universidade Autónoma de Lisboa, se encontra a fazer um estudo sobre “A Dor, Sofrimento e o preço oculto a pagar pela vida”, que visa contribuir de algum modo, para o seu alívio e para a melhoria da qualidade de vida do paciente com Dor e, ainda, para a melhoria dos cuidados de saúde a ter e a prestar, pela equipa de saúde.

São responsáveis pela aplicação do Inquérito/Questionário e pelo tratamento das respostas dadas às perguntas: Rosa Maria Andrade

Termo de aceitação voluntária, de colaborar na elaboração da Tese de Final de Curso, que Rosa Maria Gonçalves de Sousa Andrade, aluna nº 20081019, do curso de Mestrado em Relação de Ajuda, Aconselhamento e Intervenção Terapêutica em Psicologia Clínica, na U.A.L. – Universidade Autónoma de Lisboa, por meio das respostas às perguntas que lhe forem dadas, no Inquérito/Questionário em anexo.

No entanto, o inquirido/a pode desistir a qualquer momento, se assim o entender.

Contudo, as respostas ao Inquérito/Questionário, têm como objectivo dar contributo a um trabalho de pesquisa.

As respostas são confidenciais, seguras e com garantia de confidencialidade, assim como o tratamento dos dados.

Lisboa, 2010

Assinatura

Muito obrigado pela sua colaboração

Termo de consentimento e participação, para fazer uso das respostas dadas ao Inquérito/Questionário, sobre “A Dor, o Sofrimento e o preço oculto a pagar pela vida”, para a elaboração da Tese Final do Curso de Mestrado em Relação de Ajuda, Aconselhamento e Intervenção Terapêutica em Psicologia Clínica, por Rosa Maria Gonçalves de Sousa Andrade, aluna nº 20081019, na U.A.L. – Universidade Autónoma de Lisboa

Assinatura

Questionário Sociodemográfico

Identificação do cliente

Nome:

Data do nascimento:

- Sexo: Masculino Feminino

Raça:

Naturalidade:

Estado civil:

1 – Solteiro/a

2 – Casado/a

3 – Viúvo/a

4 – Divorciado/a

5 – Outra situação. Qual?

Grupo etário contactado:

20 aos 24 anos

25 aos 29 anos

30 aos 34 anos

35 aos 39 anos

40 aos 44 anos

45 aos 49 anos

50 aos 54 anos

55 aos 59 anos

60 aos 64 anos

65 aos 69 anos

70 aos 74 anos

75 aos 79 anos

80 aos 84 anos

85+

Vive com quem?

Pai
Mãe
Irmãos
Mulher
Filhos
Outros parentes

Quantos filhos tem:

Zero
Um
Dois
Três
Mais

Quantos filhos teve:

Zero
Um
Dois
Três
Mais

Vive só?

Dados a recolher referentes ao paciente

Data:/...../..... Ficha actual

Paciente nº:

Nome:

Apelido:

Filiação:

Pai:

Mãe:

Idade:

Data de nascimento:

Local de nascimento:

Sexo:

Estado civil:

Casado
Solteiro
Viúvo
União de facto
Divorciado
Separação de facto

Quantas vezes já esteve casado:

Uma
Duas
Três
Mais
nenhuma

Local da residência:

Aldeia
Bairro
Freguesia
Conselho
Cidade

Naturalidade:

Nacionalidade.

Nível de escolaridade:

Sem estudos

Ensino Básico

Ensino secundário

Ensino médio

Ensino técnico

Ensino superior

Profissão:

Escolha se faz favor a sua profissão na lista que lhe é oferecida. No caso de sua profissão não estar aqui inserida faça uma cruz na palavra outra.

Fisioterapeuta

Florista	gerente comercial	jardineiro
Fotógrafo	gráfico	jornalista
Funcionário público	impressor	livreiro
Funcionário das finanças	informático	massagista
Funcionário judicial	intérprete	mecânico
Médico	metalúrgico	modista
Motorista	músico	ourives
Padeiro	pasteleiro	pedreiro
Piloto	pintor	professor
Psicólogo	publicitário	recepcionista
Sapateiro	secretária	serralheiro
Taberneiro	talhante	taxista
Técnico bancário	técnico laboratório	terapeuta
Tipógrafo	tradutor	vendedor automóveis
Vendedor de jornais	vendedor ambulante	restauração
Repositor	outras _____	

Actor	Brunidor	Director de museu
Administrativo	Cabeleireiro	Distribuidor/a editorial
Advogado	Camionista	Dona de casa
Agente comercial	Canteiro	Droguista
Agente de câmbio	Cantor	Economista
Agente de concertos	Carpinteiro	Editor
Agente de seguros	Carteiro	Editora de música
Agente de viagens	Catedrático	Educador
Agricultor	Cenógrafo	Educador artístico
Ajudante de dentista	Cirurgião	Electricista
Alfaiate	Comandante de voo	Embalador
Analista económico	Comerciante	Empregada de caixa
Antiquário	Compositor	Empregada de farmácia
Aparelhador	Conselheiro empresarial	Empregada de jardim-de-
Armador	Conservadora	-infância
Arqueóloga	Construtor	Empregado de armazém
Arquitecta interiorista	Consultor informático	Empregado de correios
Artista plástico	Consultor meio-ambiental	Empregado de mesa
Assessor fiscal	Contabilista	Empresário
Assistente de advogado	Corrector de bolsa	Encadernador
Assistente de dietista	Cozinheiro	Encarregada de vestuário
Assistente de laboratório	Cromatóloga	Enfermeiro
Assistente médico-técnica	Chefe de pessoal	Engenheiro
Assistente técnico-farmacêutica	Decorador	Engenheiro de estradas
Autora de novelas policiais	Dentista	Engenheiro industrial
Auxiliar de clínica	Desenhador	Engenheiro mecânico
Bailarina	Desenhador publicitário	Escritor
Banqueiro	Desenhador técnico	Escultor
Bibliotecário	Desenhadora de moda	Especialista em marketing
Biólogo	Designer	Estudante
Biotecnóloga	Designer publicitário	Etnólogo
Bombeiro	Díacono	Fabricante
	Director artístico	Fabricante de maquinaria
	Director comercial	Farmacêutico
	Director de cinema	

No que é que trabalha:

profissional liberal

Por conta de outrem

Por conta própria

Estudante

Está de Baixa médica

Está desempregado

Outra _____

Dados clínicos a colher

Diga-nos por favor, se tem algum dos problemas que lhe vão ser citados:

Respiratórios

Cardíacos

Neuropsíquicos

Diabetes

Urinários

Digestivos

Dermatológicos

Aperto na garganta

Falta de apetite

Tristeza

Falta de memória

Iritabilidade

Sente-se só e abandonado

Sente-se incompreendido

Sente a cabeça vazia

Sente-se desmotivado

ou desconcentrado

Falta de sono

Colesterol

Sente arrepios de frio

Tem diarreia

É alérgico a algum produto

Para além da Dor, sente alguma das queixas que se seguem:

- ☐ Cefaleias (dores de cabeça)
- ☐ Vertigens ou tonturas
- ☐ Dores de garganta
- ☐ Dores de estômago
- ☐ Náuseas e vômitos
- ☐ Dores musculares
- ☐ Fraqueza nas pernas
- ☐ Palpitações
- ☐ Dores no peito
- ☐ Dores nos braços
- ☐ Tremores
- ☐ Cansaço
- ☐ Dores nas costas
- ☐ Dores no esófago
- ☐ Dores nos intestinos
- ☐ Dores nos rins
- ☐ Dores fígado
- ☐ Dores baço
- ☐ Dores pâncreas
- ☐ Dores bexiga
- ☐ Dores recto
- ☐ Dores uretra
- ☐ Dores ânus

Teve alguma doença infecciosa na infância?

Sim Não

Antecedentes colaterais:

Tem algum familiar que sofre de Dor aguda ou crónica?

Sim Não

Tem algum familiar que sofre de algum problema psicológico?

Sim Não

Teve na sua vida algum problema que lhe desencadeou a Dor?

Sim Não

Se teve algum problema desencadeante da Dor, diga-nos qual foi?

.....

.....

.....

Teve algum acidente de:

Doença	Cirúrgico	Carro	Doméstico
Que idade tinha, quando lhe apareceu a Dor:		20-24	
		25-29	
		30-34	
		35-39	
		40-44	
		45-49	
		50-54	
		55-59	
		60-64	
		65-69	
		70 ou $\geq$	

Que tratamento fez e qual o resultado?

.....

.....

.....

Que acontecimentos vitais lhe ocorreram nos últimos seis meses?

- Nenhum
- Nascimento
- Perda de estatuto social
- Perda de emprego
- Mudança de casa
- Mudança de emprego

Outras

Caracterização da Dor actual
feita pelo médico ou psicólogo:

.....

.....

.....

Etiologia:	Psicogénica	Sim	Não
	Patogénica	Sim	Não
	Orgânica	Sim	Não
Localização da Dor:	Na cabeça – Zona frontal Occipital Temporal Parietal direita ou esquerda Ouvidos		
Dor na face:	Face Olhos Nariz Boca		
Dor na boca:	Gengivas Mucosas Língua Dentes Lábios Maxilares Garganta		
Dores articulares:	Ombros - direito e esquerdo Clavículas - direita e esquerda Esterno Omoplatas – direita e esquerda Vértebras – coluna Vértebras flutuantes		
Dores nos braços articulações: (dos ombros)	Ombro – direito e esquerdo Cotovelo – direito e esquerdo Punho – direito e esquerdo		
Dores nas mãos:	Direita – Esquerda		
Dor nos dedos da mão direita ou da mão esquerda:	Sim	Não	
As dores que sente são fixas ou irradiam para outras partes do corpo:	Sim	Não	

Tem dores abdominais:	Sim	Não
Dores na anca:	Sim	Não
Dores no sacro:	Sim	Não
Dores nas pernas:	Sim	Não
Dores nos joelhos:	Sim	Não
Dores nos tornozelos:	Sim	Não
Dores nos pés:	Sim	Não

Outras:

Quando tem Dor, costuma pedir ou dar boleia a alguém?	Sim	Não
---	-----	-----

Quando tem Dor, pede ou aceita a oferta de medicamentos analgésicos, que lhe são oferecidos?

Sim	Não
-----	-----

Parece-lhe que o número de centros da Dor existentes são suficientes para dar cobertura às necessidades dos pacientes existentes?

Sim	Não
-----	-----

Parece-lhe que os cuidados de saúde prestados por esses serviços são:

Muito bons
Ótimos
Bons
Regulares
Suficientes
Insuficientes
Maus
Péssimos

Questionário de Percepção da Dor (QPD)

Guião para o preenchimento do Inquérito/Questionário

Aspectos Gerais

- 1 – Respondem a este Inquérito/Questionário, as pessoas de ambos os sexos, com idade igual ou superior a vinte anos de idade.
- 2 – A família ou os amigos, em caso de incapacidade da pessoa contactada.
- 3 – As pessoas que embora não façam parte da nossa amostra, mas que se encontram a viver na mesma residência, no momento do nosso contacto, que tenham vinte ou mais anos de idade e que por isso ficarão a fazer parte do nosso ficheiro.
- 4 – A aplicação deste Inquérito/Questionário é feita por uma pessoa, a qual vai fazer as anotações e sempre que necessário, dar algum esclarecimento.
- 5 – O preenchimento do Inquérito/Questionário, será feito a esferográfica de cor preta, com letra legível e com o auxílio do gravador, se necessário.
- 6 – O tempo de início e o final das entrevistas em Questionário, será feito na capa de cada Inquérito/Questionário.
- 7 – O grupo que faz parte da aplicação do Inquérito/Questionário, utilizará no caso de necessidade, amostras de substituição nas seguintes circunstâncias:
 - A) – Ausência definitiva da pessoa inquirida, por morte ou mudança de casa para fora da área em estudo
 - B) – Recusa da pessoa ou da família em colaborar neste Inquérito/Questionário
- 8 – No caso de recusa, a situação deve ser anotada a vermelho no canto superior direito do Inquérito/Questionário, através da colocação de “R”, que significa recusa.
- 9 – Agir do mesmo modo no caso da pessoa estar ausente, colocando no canto referido um “A”, que quer dizer ausente.
- 10 – Os itens sem resposta, devem ficar em branco.

Durante a colheita dos dados e a elaboração deste trabalho, fomos nos apercebendo de que a investigação e o estudo da psicopatologia da Dor, desempenham um papel preponderante na persecução dos objectivos, que a sociedade científica pretende atingir em prol de quem sofre Dor:

- Alívio da Dor

- Bem estar físico/psíquico, ou seja: uma melhor qualidade de vida com o auxílio se necessário, dos médicos/psicólogos e de todos os outros, que prestam cuidados de saúde inerentes á situação dolorosa

Assim, os resultados que vão ser presentes, foram colhidos por meio de referencias bibliográficas, inquérito/questionário, entrevistas feitas a pacientes, com ou sem Dor e por meio de observação.

Inquérito/Questionário

Vou fazer-lhe algumas perguntas sobre a Dor. Pode responder como entender, ou como quiser, tem apenas que fazer uma cruz sobre a palavra que escolheu, salvo raras excepções.

- | | | |
|--|-------------------------|-----|
| P 01 – Já alguma vez, teve Dor? | Muitas vezes | |
| | Algumas vezes | |
| | Poucas vezes | |
| | Outras | |
| P 02 – Recorda-se da idade que tinha quando sentiu essa Dor? | Sim | Não |
| P 03 – O que é para si a Dor? | Uma punição | |
| | Um castigo | |
| | Um prazer | |
| | Uma sensação horrível | |
| | Um sintoma | |
| | Um sinal de alerta | |
| | Uma emoção desagradável | |
| P 04 – Acha que é bom sinal ter Dor? | Sim | Não |
| P 05 – Parece-lhe que ter Dor é humilhante? | Sim | Não |
| P 06 – Acha que ter Dor pode ser um sinal de saúde? | Sim | Não |
| P 07 – A Dor impede-o de se relacionar consigo próprio? | Sim | Não |
| P 08 – Quando tem Dor, sente-se estranho consigo próprio? | Sim | Não |

NOTA: se tiver mais alguma coisa para nos dizer, pode escrever por trás desta folha.

P 09 – Quando tem Dor, sente-se:	Angustiado Ansioso Triste Amargurado
P 10 – O que significa para si o termo “desafiar a Dor”?	Descobrir o que é a Dor Descobrir a forma de aliviar, ou até curar
P 11 – Acha que a Dor é individual?	Sim Não
P 12 – Será que a Dor pode ser partilhada com os outros?	Sim Não
P 13 – Será que a Dor pode ser uma forma de se observar o que se passa com o ser humano?	Sim Não
P 14 – Será que a Dor aparece para ser superada?	Sim Não
P 15 – Será que a Dor descentraliza a pessoa que a sofre?	Sim Não
P 16 – Será que o desespero é a continuação do sofrimento?	Sim Não
P 17 – Com que frequência tem Dor?	Muita frequência Frequentemente Pouca frequência Raramente
P 18 – Quanto ao aparecimento da Dor, como é que a classifica?	Aguda Crónica Rápida Brusca Lenta Difusa Silenciosa

- P 19 – Qual o horário mais frequente do aparecimento da Dor?
- De manhã
De tarde
De noite
A qualquer hora
- P 20 – Qual a frequência do aparecimento da Dor?
- Todos os dias
Todas as semanas
Todos os meses
Às vezes
- P 21 – Quanto á intensidade, como é que classifica a Dor?
- Muito forte
Intensa
Violenta
Moderada
Horrível
Atroz
Insuportável
- P 22 – Quanto á duração, como é que a classifica?
- Contínua
Alternada
Duradoura
Persistente
Periódica
- P 23 – Quanto á duração da Dor em horas?
- Uns minutos
Uma hora
Outras
- P 24 – Teve algum problema que lhe desencadeasse a Dor?
- Sim Não
- P 25 – Qual?
-
.....
.....

P 26 – Parece-lhe que a Dor pode ser resultante de:	Um acidente doméstico Um acidente de viação Uma agressão Um acidente de trabalho Uma queda Outros	
P 27 – Quando sente Dor, como é que ela começa?	Comichão Picada Formigueiro Queimadura Edema (inchaço) Ardor Rubor Pontada Facada Calor Frio	
P 28 – Costuma utilizar coisas simples para tratar a Dor?	Sim	Não
P 29 – Há quanto tempo tem Dor?	Uma semana Um mês Um ano Há já muito tempo	
P 30 – Costuma fazer promessas a Deus, ou aos santos?	Sim	Não
P 31 – Costuma pagá-las quando obtém sucesso?	Sim	Não
P 32 – Quanto á qualidade da Dor, como é que a classifica?	Afável Meiga Agressiva Violenta Desgastante Intolerável Insofrível (MacGill)	

P 33 – A Dor que sente, é de que tipo?

Localizada
Fixa
Difusa
Irradiante

P 34 – Para medir a Dor, numa escala de zero a dez, qual era o valor que lhe dava?

Sem Dor										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
										Dor Máxima

P 35 – Quando sente Dor, parece-lhe que a Dor fala?

Sim Não

P 36 – Se a Dor fala, o que é que ela lhe diz?

Vai ao médico
Vai ao psicólogo
Vai á bruxa
Vai ao curandeiro
Auto medica-te
Outros

P 37 – Já alguma vez se auto medicou?

Sim Não

P 38 – Se já se auto medicou, diga-nos como é e se teve sucesso

.....

.....

.....

.....

P 39 – Se lhe pedíssemos para classificar a Dor quanto á cor, qual era a cor que escolhia entre as que lhe são apresentadas a seguir? numa escala de um a dez?

Verde	10
Amarelo	9
Verde escuro	8
Azul céu	7
Azul escuro	6
Branco	5
Rosa	4
Roxo	3
Lilás	2
Vermelha	1
Cinzenta	0
Negro	
Laranja	
Alaranjada	
Castanho	
Dourada	
Prateada	
Outra	

P 40 – Diga-nos por favor, porque escolheu essa cor?

.....

.....

.....

.....

P 41 – No vestuário que usa frequentemente inclui algumas das cores referidas e a que escolheu?

Sim Não

P 42 – Costuma fazer uso das medicinas alternativas para se libertar da Dor?

Sim Não

P 43 – Se respondeu que sim, diga-nos qual o método utilizado

Relaxamento
Hipnose
Massagens
Hidromassagens
Movimentos naturais

Aplicações:

Quentes e húmidas
Quentes e secas
Frias e secas
Frias e húmidas
Pomadas

Tomas:

Chás
Comprimidos
Cápsulas
Xaropes

Outros:

Injectáveis
Supositórios

P 44 – Teve sucesso?	Sim	Não
P 45 – Quando tem Dor, sente-se incapaz de pegar em pesos, embora exijam pouco esforço?	Sim	Não
P 46 – Se respondeu sim, diga-nos por quanto tempo ficou impossibilitado de o fazer?	Uma semana Um mês Seis meses Outros	
P 47 – Já alguma vez praticou alguma actividade física para aliviar a Dor?	Sim	Não
P 48 – Se já o fez, diga-nos por favor qual foi e se obteve sucesso?	..... ..... ..... .....	
P 49 – Quando fez esse exercício a Dor aumentou ou diminuiu?	.....	
P 50 – Durante o exercício sentiu-se fatigado? Sentiu vontade de se isolar? Perdeu o sono?	..... ..... .....	
P 51 – A medicação que está a tomar ou que tomou, foi-lhe prescrita pelo médico?	Sim	Não
P 52 – É alérgico a algum medicamento ou nutriente alimentar?	Sim	Não
P 53 – Tem tido sucesso com o Tratamento que tem feito?	Sim	Não
P 54 – A dor que sente é contínua?	Sim	Não
P 55 – Quanto tempo é que fica sem tomar medicação?	..... ..... .....	
P 56 – O que é que lhe parece que agrava a Dor?	O movimento Esforço Calor Frio Humidade Alimentação Bebidas alcoólicas	

P 57 – O que é que lhe alivia a Dor?	Medicamentos Psicoterapia Relaxamento Hipnose Massagem Hidroterapia Gelo Calor seco Calor húmido	
P 58 – Acha que a agua também cura?	Sim	Não
P 59 – Que outros sinais tem, além da Dor?	Temperatura elevada Vómitos Náuseas Sudorese (suores) Pulso acelerado Tensão arterial elevada Dificuldade respiratória	
P 60 – Quando tem Dor, pressente que a Dor tem influencia nas suas relações diárias com:	Família Amigos Colegas de trabalho Desempenho de funções No descanso e no lazer	
P 61 – Quando tem Dor falta ao trabalho?	Sim	Não
P 62 – Será que a Dor tem algum impacto, na sua economia familiar?	Sim	Não
P 63 – E na economia do país, terá algum impacto?	Sim	Não
P 64 – Parece-lhe que a Dor pode ter origem numa dieta incorrecta?	Sim	Não
P 65 – A Dor tem alguma influência na forma como selecciona os alimentos, (nutrientes) para se alimentar?	Sim	Não

P 66 – Quando tem Dor, sente-se incapaz de:	Pensar Tomar decisões Resolver os seus problemas Suprir as suas necessidades diárias Sente-se deprimido Irritado Perde a confiança em si Sente que por ter Dor é um inválido Sente-se triste por necessitar de ajuda	
P 67 – Mesmo quando tem Dor, Sente que consegue concentrar-se naquilo que faz?	Sim	Não
P 68 – Quando tem Dor, sente que é capaz de desempenhar bem as suas funções, em casa e no trabalho?	Sim	Não
P 69 – Sente que a incapacidade que a Dor lhe causa, provoca-lhe ansiedade por não conseguir desempenhar as suas funções:	No trabalho Na família Nas relações com os amigos	
P 70 – Acredita que se for ajudado a combater a Dor que o afecta, ainda consegue viver com felicidade?	Sim	Não
P 71 – Será que a Dor tem:	Cheiro Ouve-se Tacteia-se Vê-se	
P 72 – Parece-lhe que a Dor tem paladar?	Sim	Não

P 73 – Dos paladares que lhe são abaixo indicados, qual era o que escolhia para comparar com a Dor:

Ácido
Horível
Amargo
Doce
Salgado
Agradável

P 74 – Para medir a Dor, sob o ponto de vista da sua qualidade, qual era o valor que lhe dava numa escala de um a dez?

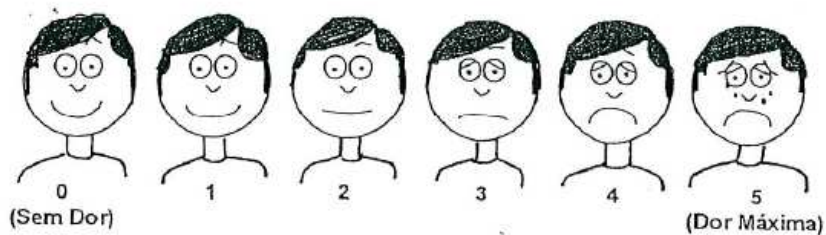
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sem Dor						Dor Máxima				

Dor Ligeira	Dor Moderada	Dor Intensa	Dor Máxima
-------------	--------------	-------------	------------

P 75 – E se fosse para medir o seu estado de ansiedade, numa escala de um a dez, qual o valor que lhe atribuía?

						Dor insuportável				
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sem dor										

P 76 – Se fosse medir a Dor, numa escala de faces/rostos, qual era o rosto que escolhia dos que se seguem?



P 77 – Quando sente Dor fica:	Perturbado Mantém a calma Fica fragilizado Tenta adaptar-se á Dor Fica alarmado Procura auxílio	
P 78 – Acha que o stress causado pela Dor, pode dar origem a outras patologias?	Sim	Não
P 79 – Das patologias que se referem a seguir, acha que alguma delas pode ter por base a Dor?	Respiratória Cardíaca Intestinais Psicológicas Outras	
P 80 – Costuma dialogar, (falar), com a Dor?	Sim	Não
P 81 – Já fez alguma intervenção cirúrgica para reduzir a Dor?	Sim	Não
P 82 – Que outros sinais ou sintomas, sente para além da Dor?	Náuseas Vómitos Cefaleias Dificuldades respiratórias Palpitações cardíacas Pulso acelerado Pulso fraco (filiforme)	
P 83 – Está medicado actualmente com o quê?	Aspirina Paracetamol Dolviran Outros	
P 84 – Faz projectos para o futuro, em relação á cura da Dor?	Sim	Não

- P 85 – Como é que considera o mundo que o rodeia e a sociedade em que vive, em relação á evolução para a cura da Dor?
- Optimista
Pessimista
Não tem opinião
Não responde
- P 86 – Para melhorar a situação das pessoas com Dor, quais as instituições que mais se deviam empenhar?
- A família
O próprio
A Segurança Social
Os meios comunicação social
Os educadores a nível escolar
As pessoas activas
Os hospitais
As clínicas de Dor
- P 87 – Parece-lhe que as instituições têm desenvolvido uma boa política da saúde, de apoio ao combate á Dor?
- Sim Não
- P 88 – Na sua opinião, parece-lhe que as instituições onde se prestam cuidados de saúde a quem tem Dor, dedicam muita atenção aos sofredores?
- Muita atenção
Alguma atenção
Pouca atenção
Nenhuma atenção

P 89 – Actualmente quando olha á sua volta, o que é que o impressiona mais e lhe causa mais Dor?	A violência Terrorismo Progresso técnico Progresso científico Qualidade de vida Tensões internacionais Aceleração do ritmo de vida O egoísmo	
P 90 – Parece-lhe que há falta de protecção a quem tem Dor?	Sim	Não
P 91 – Na sua opinião, quais as medidas a desenvolver para melhorar a qualidade de vida de quem tem Dor?	Criar espaços acessíveis aos pacientes com dificuldade motora Facilitar-lhes actividades de integração e recuperação da saúde	
P 92 – Quando tem Dor, gosta da companhia de quem:	Mãe Pai Irmãos Mulher Filhos Namorada Amigos De ninguém	
P 93 – Quando tem Dor, vai de imediato ao médico ou espera que passe?	Sim	Não

P 94 – Quando tem Dor:	Irrita-se com frequência Falta-lhe a paciência tem flutuações de humor Fica intranquilo Insatisfeito Impaciente Acha-se um paciente mendigante Pede ajuda para se tranquilizar
P 95 – Considera que o desenvolvimento técnico-científico trouxe o desenvolvimento esperado no campo da psicologia, no sentido de combater a Dor?	Sim Não
P 96 – Pertence a algum clube onde possa praticar alguma actividade que o ajude a combater a Dor?	Habitualmente Regularmente Às vezes Nunca
P 97 – Que actividade pratica diariamente para combater a Dor?	Andar a pé Passear Actividades domésticas Frequenta o ginásio Está inactivo
P 98 – Dedica algum tempo livre á leitura sobre a Dor?	Jornais Revistas Livros

P 99 – Parece-lhe que há muitos programas que contribuam para melhorar a Dor na:	Rádio Televisão Imprensa Nenhum Não sabe Não responde
P100 – Qual o programa de rádio que mais aprecia e que contribui para lhe reduzir a Dor?	Canto Teatro Cinema Noticiário Musical Outros
P101 – Quais os programas de televisão que mais distraem e lhe aliviam a Dor?	Novelas Cinema Teatro Música Canto Discursos Entrevistas
P102 – Quando tem Dor, sente-se:	Sozinho Abandonado Já desejou adormecer e não acordar É difícil para si continuar a viver com Dor
P 103 – Já desejou morrer por causa da Dor:	Pensa que os outros ficavam melhor sem a sua presença Tem alguma ideia acerca da reacção das pessoas se você morresse

P 104 – Que formas é que utiliza quando tem Dor, para manter a auto-estima:	☐ Continuar a viver ☐ Mantém a esperança ☐ Tem fé ☐ Mantém a consciência ☐ Controla a Dor ☐ Tem uma boa imagem de si ☐ Ultrapassa o sentimento de impotência ☐ Estabelece relações inter-pessoais e de inter-ajuda
P 105 – Tem perturbações da mobilidade devidas á Dor?	☐ Dificuldade em mover-se na cama ☐ Dificuldade em levantar-se ☐ Dificuldade em deitar-se ☐ Dificuldade em levantar-se e sentar-se na cadeira ☐ Dificuldade em descer e subir escadas
P 106 – Sente-se debilitado?	☐ Fadiga nos braços quando os dirige para a cabeça ☐ Fadiga nas pernas quando anda ☐ Tem medo de cair ☐ Perde peso ☐ Perde o apetite ☐ Perde o interesse de viver e pelos afazeres
P 107 – A Dor que sente actualmente exige medicação permanente?	Sim Não
P 108 – Que medicação está a tomar, a aplicar ou a fazer:	..... ..... .....

P 109 – Para além da Dor, tem mais alguma doença?	.....	.....	.....
P 110 – A Dor tem alguma influência no seu sono, ou nas relações pessoais?	Sono continuado		
	Conciliado		
	Duração		
	Qualidade		
	Sexuais		
	Trabalho doméstico		
	Trabalho fora de casa		
	Familiares		
	De lazer		
P 111 – Após o alívio da Dor, quais são os sinais ou os sintomas que persistem?	Perturbação da visão		
	Vertigens		
	Taquipneia		
	Outros		
P 112 – A Dor que sente afecta-lhe a tranquilidade de vida?	Sim	Não	
P 113 – Se lhe afecta a qualidade de vida digamos sob que ponto de vista:	Sono		
	Apetite		
	Sexo		
	Trabalho		
	Outras actividades		
	Relações com a família		
	Relações com os amigos		
	Relações vizinhança		
P 114 – Segue algum credo religioso?	Sim	Não	

- P 115 – Se respondeu “sim”, diga-nos qual por favor:
- Hinduísmo
Budismo
Ortodoxa
Católica
Islamismo
Protestante
Jeová
Evangelismo
- P 116 – Diga-nos de qual é que tem algum conhecimento e qual é a que gostava de conhecer melhor:
-
.....
- P 117 – O conceito que faz actualmente da pessoa que tem a Dor, é o mesmo que fazia quando era jovem, adulto, ou idoso?
- Sim Não
- P 118 – E porquê essa diferença?
-
.....
.....
.....
- P 119 – Diga-nos se tem conhecimento de alguma delas e qual delas gostava de conhecer melhor:
-
.....
.....
- P 120 – Parece-lhe que a religião pode contribuir para reduzir a Dor?
- Sim Não
- P 121 – Segue alguma delas e sente que a ajuda a aliviar a Dor e o sofrimento?
- Sim Não
- P 122 – Quando sente Dor, gosta de ouvir música?
- Sim Não

P 123 – Se respondeu “sim”, diga-nos
qual o tipo de música que gosta
de ouvir:

Clássica
Ópera
Sinfónica
Romântica
Fado
Folclore
Sacra
Ligeira
Pimba
Rock
Outra

P 124 – O que é que sente, quando ouve
a música que gosta e que lhe
alivia a Dor?

Bem estar
Satisfação pessoal
Acalmia
Tensão
Relaxamento
Alegria
Vontade de cantar
Preocupação
Vontade de dançar
Descontracção
Vontade de dormir
Desespero
Vontade de chorar
Vontade de rir
Vontade de fugir
Mal estar

P 125 – Após o alívio da Dor, o que é
que ainda sente?

Vómitos
Náuseas
Perturbação da visão
Vertigens
Tonturas
Taquipneia
Outras

P 126 – A Dor afecta-lhe:	☐ A tranquilidade ☐ O Sono ☐ As actividades ☐ A relação com os outros
P 127 – Mesmo com Dores, faz amizades com facilidade?	☐ Facilmente ☐ Dificilmente ☐ Com reserva ☐ Às vezes
P 128 – O local onde sente Dor é:	☐ Visível ☐ Oculto
P 129 – A origem da Dor é:	☐ Único ☐ Diversificado
P 129 – Características da Dor:	☐ Intermitente ☐ Persistente ☐ Irradiante
P 130 – Se a Dor é irradiante, irradia para onde?	☐ Peito ☐ Esterno ☐ Clavícula ☐ Ombros ☐ Braços ☐ Costas ☐ Abdómen ☐ Pernas
P 131 – A Dor nesses locais é:	☐ Duradoura ☐ Persistente ☐ Contínua ☐ Intermitente
P 132 – Sente dificuldades quando tem Dor em:	☐ Respirar ☐ Deglutir ☐ Mastigar ☐ Fazer a digestão ☐ Evacuar ☐ Urinar

P 133 – Sente Dor nos órgãos internos?

Boca
Gengivas
Laringe
Traqueia
Pulmões
Faringe
Esófago
Estômago
Intestinos
Fígado
Pâncreas
Baço
Recto
Ânus
Rins
Bexiga

P 134 – Causas mais frequentes,
que lhe causam Dor?

Alimentares
Excesso de trabalho
Esforço excessivo
Acção do calor
Acção do frio
Acção do sol
Sedentarismo
Lesões dos tecidos
musculo-esqueléticos
Outros traumatismos

P 135 – A Dor que sente nas zonas
referidas é:

Forte
Lenta
Moderada
Sofrível
Aguda
Crónica
Difusa

P 136 – Parece-lhe que a política de saúde de apoio a quem tem Dor é:	Boa Óptima Suficiente Razoável Insuficiente Má Muito má
P 137 – Como pensa ocupar o tempo livre que tiver, tendo em vista o alívio ou redução da Dor?	Ir ao café Jogar às cartas Ler Escrever
P 138 – Quando sente Dor, que local é que escolhe para se sentir mais confortável?	Passear Em casa com a família Centro de dia Sociedade recreativa Outros
P 139 – Pertence a alguma associação de apoio a quem tem Dor?	Sim Não
P 140 – Quanto á sociabilidade, com quem se sente melhor?	Família Parentes Pares Outros
P 141 – Quanto á saúde actual, qual é o sentimento de se sentir doente?	Triste Magoado Indefeso Desconfortável

P 142 – Quanto á duração da doença que lhe causa Dor, desde o início:	Curta duração	
	Duração prolongada	
P 143 – Quanto aos custos do:		
Internamento		
Tratamento		
Baixas		
Sentimento de incurabilidade		
Alterou o seu orçamento familiar	Sim	Não
P 144 – Na sexualidade, houve mudanças devido ao sofrimento doloroso?	Ausente	
	Mudança significativa	
	Problemas funcionais	
	Perda de actividade	
	Doença orgânica alem da Dor	
	Agressão	
	Acidente	
P 145 – Frequência da Dor, após o seu aparecimento. Quantas vezes lhe surgiu a Dor, nos últimos doze meses?	Uma	
	Duas	
	Mais	
P 146 – Qual foi o mês em que lhe apareceu a Dor?	.....	
P 147 – Que idade tinha quando lhe surgiu o primeiro episódio de Dor?	.....	
P 148 – O episódio doloroso repetiu-se?	Sim	Não

P 149 – O episódio doloroso foi:

Agradável
~~Horível~~
Insuportável
Desagradável
Preocupante
Pouco preocupante
Muito preocupante

P 150 – Como é que lidou com a Dor?

Não fez nada
Esperou que passasse
~~Não deu qualquer importância~~
Procurou distrair-se
Foi ao médico
Foi pedir auxílio ao psicólogo

P 151 – Falou do seu problema doloroso com alguém?

~~Com a família~~
Com os amigos
Com o enfermeiro
Com o farmacêutico
Com o curandeiro

P 152 – Procurou controlar a Dor e enfrentou a situação com calma?

Sim ~~Não~~

P 153 – Procurou imediatamente a ajuda de:

~~Médico~~
~~Psicólogo~~
~~Ajuda religiosa~~
Refugiou-se no trabalho

P 154 – De todos os episódios dolorosos referidos, qual foi deles o que mais o influenciou e lhe causou mais prejuízo na sua vida?

.....
.....
.....
.....

P 155 – Quanto tempo anda fora de casa sem ser em trabalho?

Actividade	Horas/minutos
Às compras	/.....
A fazer visitas	/.....
A conversar	/.....
A passear	/.....
A visitar doentes	/.....

P 156 – Como avalia actualmente esses episódios dolorosos e qual foi deles, o que mais o marcou?

Já não pensa nisso
 Não fala neles
 Só pensa nisso esporadicamente
 Fala pouco nisso
 Fala nisso de vez em quando
 Fala nisso frequentemente

P 157 – De todos os seus interesses de lazer, qual deles o ajuda a aliviar a Dor e lhe dá mais resultado?

Exercício físico
 Nadar
 Dançar
 Andar de bicicleta
 Correr

P 158 – Na locomoção:

É hiperactivo
 Anda muito sem finalidade
 Anda ligeiramente
 Anda moderadamente
 Não anda

P 159 – Quantas aos órgãos dos sentidos – ouve bem, ou tem Dor?

~~Não~~ ouve com dificuldade
 Tem Dor
 Usa prótese
 Já foi operado

P 160 – Visão – vê bem?	Usa óculos Tem ardor nos olhos Sente picadas Tem derrames Sofre de conjuntivite
P 161 – Saúde oral:	Tem dentes cariados Tem dores nas mucosas Nas gengivas Sofre de moniliíase Tem aftas Sofre de herpes labial
P 162 – Fuma?	Sim Não
P 163 – Quanto á actividade sexual:	Actividade ausente Actividade dolorosa Actividade presente Actividade satisfatória
P 164 – Que medicação está a tomar presentemente:	Quantos comprimidos toma por dia São todos iguais São diferentes Toma-os todos Respeita os horários São todos para o mesmo efeito São receitados pelo médico

P 165 – Além dos medicamentos,
o médico mandou-o fazer
mais alguma coisa
quanto a:

Alimentação
Bebidas alcoólicas
Café
Tabaco
Açúcar
Sal
Exercício
Conviver
Repouso
Ocupar-se

P 166 – Que doenças já sofreu?

Anginas
Otites
Sarampo
Escarlatina
Gripes
Outras
.....
.....

P 167 – Quantas vezes vai ao
médico?

Por semana
Por mês
Por ano

P 168 – Já esteve hospitalizado?

Quantas vezes
Motivo acidente de rua
Doença aguda
Doença crónica
Acidentes

P 169 – Como se sente
actualmente?

Bem
Razoavelmente
Fraco
Fragilizado
Mal

P 170 – Nas últimas semanas, o seu estado de saúde como está?	Melhorou Piorou Está na mesma
P 171 – Está satisfeito com o apoio familiar, dos amigos, dos vizinhos:	Está satisfeito Está insatisfeito Pouco satisfeito Muito satisfeito
P 172 – A família e outros colaboram na luta contra a Dor:	Às vezes Sempre Nunca Tem problemas familiares por ausa da Dor Não tem vida familiar
P 173 – Consegue conciliar a Dor, o trabalho e a vida familiar?	Bem Às vezes Sempre Nunca Razoavelmente Com dificuldade Com muita dificuldade
P 174 – A qualidade de vida, como é neste momento?	Boa Razoável Difícil Insatisfatória Má

P 175 – Quando necessita de ajuda,
a quem é que a pede?

Pai
Mãe
Irmãos
Marido
Filhos
Mulher
Assistência social
Profissionais de saúde
Não pede nada

P 176 – Condições de saúde
actual – queixas:

Cefaleias
Vertigens
Náuseas
Vómitos
Dores de estômago
Dores nas articulações
Dores musculares
Dores no peito
Dores nos braços
Dores nas pernas
Palpitações
Outras

P 177 – Sente-se melhor em que
período?

Manhã
Tarde
Noite
Sempre

P 178 – Quando tem Dor sente-se:	Acompanhado Desacompanhado Abandonado Isolado Desprezado Enervado Sente arrepios de frio Tem prisão de ventre (obstipação) Diarreia Sente-se irritado Sente calores Sente a cabeça vazia
P 179 – Actualmente sofre de alguma doença ao nível dos olhos, que lhe cause Dor?	Conjuntivite Glaucoma Blefarite Treçolho Olhos secos Cataratas Outros
P 180 – Tem alguma afecção no nariz que lhe cause Dor?	Rinite Sinusite Hemorragia
P 181 – Sente Dor nos ouvidos?	Otite
P 182 – Tem algum problema na garganta?	Amigdalites Faringite Bronquite Ressona
P 183 – Sente algum problema na boca que lhe cause Dor?	Gengivite Herpes Boca seca Halitose

P 184 – Sente alguma coisa na pele
que lhe cause Dor?

- Picadas
- Comichão
- Feridas
- Vesículas
- Acne
- Dermatite
- Micoses
- Urticária
- Queimaduras
- Pele seca
- Calosidade

P 185 – O conceito que hoje faz de
uma pessoa que tem Dor, é
algum dos que seguem?

- É uma pessoa sem actividade
- É uma pessoa com capacidades físicas reduzidas
- É uma pessoa sem capacidade para nada
- É um peso para a sociedade
- É um peso para a família
- É uma pessoa que pode ser útil aos outros, pela transmissão de conhecimentos e experiências
- É uma pessoa que não pode ser classificada
- É uma pessoa que cultiva o sentimento de inutilidade