UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
Departamento de Medicina Social

FABIANA RODRIGUES GARCIA

Reflexões sobre bem-estar espiritual de mulheres portadoras de dor crônica

Ribeirão Preto
2014

FABIANA RODRIGUES GARCIA

Reflexões sobre bem-estar espiritual de mulheres portadoras de dor crônica

Dissertação de Mestrado Apresentada à Faculdade de
Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
como Requisito à Obtenção do Título de Mestre.

Área de concentração: Saúde na Comunidade.

Orientador: Prof. Dr. Antônio Carlos Duarte de Carvalho.

Ribeirão Preto
2014

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

FICHA CATALOGRÁFICA

Garcia, Fabiana Rodrigues

Reflexões sobre bem-estar espiritual de mulheres portadoras de dor crônica, 2014. 128 f.

Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Saúde na Comunidade. Orientador: Prof. Dr. Antônio Carlos Duarte de Carvalho.

1. Bem-estar espiritual. 2. Dor crônica 3. Integralidade da assistência.

FOLHA DE APROVAÇÃO

FABIANA RODRIGUES GARCIA

Reflexões sobre bem-estar espiritual de mulheres portadoras de dor crônica.

Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo como requisito à obtenção do Título de Mestre.

Área de concentração: Saúde na Comunidade.

Orientador: Prof. Dr. Antônio Carlos Duarte de Carvalho.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. : Antônio Carlos Duarte de Carvalho

Assinatura: _____

Instituição: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP, Departamento de Medicina Social.

Prof.^a Dr.^a : Antônia Regina Ferreira Furegato

Assinatura: _____

Instituição: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP-RP.

Prof. Dr. : Edson Zangiacomi Martinez

Assinatura: _____

Instituição: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP, Departamento de Medicina Social.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todas as pessoas que, assim como eu, sonham em serem muito mais do que apenas aquilo que almejam.

AGRADECIMENTOS

Obrigada Pai, por me conceder esta morada e fazer de mim um instrumento da tua vontade;

Obrigada Jesus, Mestre Maior, por ter humildemente me mostrado o caminho ao me ensinar o evangelho redentor... veja Fabiana, é por aqui.... Obrigada por todas as intuições que recebi ao longo destes três anos para a realização do trabalho;

Obrigada mãe, obrigada pai por terem me dado a vida e terem acreditado que eu podia fazer dela um caminho de luz;

Obrigada Nath pela sua sabedoria, empenho e dedicação para que este trabalho pudesse ser realizado com mais brilho... sua doçura me inspirou a dissolver a carapuça rígida, pesada e autoritária que por muitos anos carreguei, por acreditar fazer parte de uma vida feliz;

Obrigada Van, por ser uma pessoa forte, abarcando-me em momentos difíceis com seu modo revolucionário de ver a vida;

Obrigada Cacá pelas orientações, por sua calma, por seu empenho e dedicação. Obrigada por querer apenas meu bem, querer que fosse mais decidida e que colocasse em prática aquilo que há algum tempo já venho incorporando como regra do bem-viver: o silêncio;

Obrigada professor Antônio Carlos, pelas orientações e correções sábias e por ter aberto seu coração, possibilitando que um pouco de minhas ideias e visões de mundo pudessem ser mostradas aqui;

Obrigada Professor Edson, que mesmo de forma rígida soube passar com doçura seus conhecimentos, e mesmo à distância soube me orientar com sabedoria;

Obrigada a todos os professores da banca de qualificação Professora Antônia Regina e Professor José Francisco Bairrão por terem de forma tão simples mostrado a complexidade que era adentrar num mundo “desconhecido e questionado” pelos olhos da ciência, com seus calabouços e destinos tão surpreendentes e imprevisíveis;

Obrigada a todos os professores do Departamento de Medicina Social da USP-RP;

Obrigada a CAPES pelo apoio financeiro;

Obrigada a todas as amigas de pós-graduação, Ana Claudia, Amanda, Michela, Elisângela, Mari, adorei conhecer todas vocês;

Obrigada a todas as voluntárias que gentilmente se disponibilizaram para esta pesquisa e inclusive a todos os funcionários, médicos, enfermeiros, psicólogos e fisioterapeutas que me auxiliaram durante toda a coleta de dados;

Se me esqueci, obrigada a você que me auxiliou a fazer deste trabalho um caminho lindíssimo para mim.

OBRIGADA!

Ontem passado
Amanhã futuro
Hoje agora!

Ontem foi.
Amanhã será.
Hoje é.

Ontem experiência adquirida.
Amanhã lutas novas.
Hoje, porém, é a nossa hora de fazer e de construir.

Chico Xavier, por Emmanuel

Com o término deste trabalho, chego à mesma conclusão que Paulo de Tarso e Chico Xavier: ter um pouco de conhecimento me deu orgulho e me preencheu de vaidade. Neste mestrado, percebi que Espiritualidade é Amor que se constrói no aqui, no agora, neste momento. E só o amor edifica.... Quem sabe realmente pode muito, mas com certeza, quem ama pode muito mais....

RESUMO

GARCIA, F. R. **Reflexões sobre bem-estar espiritual de mulheres portadoras de dor crônica**. Ribeirão Preto, 2014. 128 p. Dissertação (Mestrado - Saúde na Comunidade) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

A Dor Crônica por Afecções Musculoesqueléticas (DCAME) é uma doença que, além de atingir o sistema osteomuscular, principalmente de mulheres da faixa etária entre 45 a 64 anos, frequentemente acarreta desordens psicológicas, sociais e espirituais e é influenciada por elas, podendo ainda desenvolver grande carga de desgosto para os doentes quando não diagnosticada e tratada adequadamente. Assim, dentre os aspectos citados, destaca-se o Bem-Estar Espiritual (BEE) como uma expressão da espiritualidade prática que, embora recentemente abordada em estudos científicos foi, desde o início da humanidade, apontada como uma dimensão importante no processo saúde-doença, por possibilitar, além de outros benefícios, o restabelecimento mais rápido da saúde. Foi neste contexto que se tornou necessário compreender e refletir sobre os significados do BEE que permearam a vivência de mulheres portadoras de DCAME e as formas pelas quais o BEE foi manifestado por esta população, para facilitar o esclarecimento tanto das causas da dor atribuídas por elas quanto das formas de manejo e dos impactos ocasionados pela dor. Desta forma, este estudo, que foi realizado na Clínica de Dor do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto (CDHCRP) e conduzido de acordo com as normatizações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), utilizou-se de abordagem qualitativa. Neste trabalho, após seleção por amostragem por conveniência, 11 sujeitos foram selecionados e entrevistados individualmente numa sala reservada a este fim, sendo um guia à entrevista um roteiro norteador de entrevista semiestruturada com questões fechadas para identificação e delineamento sociodemográfico e questões abertas para a apreensão dos significados de BEE bem como dos conhecimentos acerca das causas, dos impactos e das formas de alívio da dor. Os dados coletados foram gravados em um aparelho de MP3 e transcritos na íntegra para o início da análise dos dados que foi feita por meio da Análise Temática (AT), uma das técnicas da Análise de Conteúdo (AC) e possibilitaram o surgimento de quatro temas: *Significados e Manifestações do BEE; Modelos explicativos para a dor; Formas de manejo da doença e Impactos da dor crônica*. A partir destes temas, algumas interpretações acerca do BEE puderam ser destacadas. Relatado como um aspecto humano de difícil definição, o BEE pôde ser manifestado de diferentes maneiras. As formas apresentadas foram o bom relacionamento consigo mesmo, com o outro e com Deus, o desenvolvimento de esperança, da confiança, da fé em si e no tratamento que realizaram, o conforto físico, a ocupação, o lazer, o aprendizado e a empatia no contato com o outro. Neste trabalho, algumas causas manifestadas foram as de origem psicossocial, as sobrecargas físicas e comportamentos que perpetuam o problema, além da dor como resposta a um pecado. Destacadas algumas causas, o trabalho apontou para a utilização das preces como coadjuvante do tratamento médico convencional por todas as entrevistadas e da técnica Reiki. Tendo em vista o exposto, a DCAME mesmo impactando de forma negativa na vida das entrevistadas, desenvolvendo inclusive o medo da perda da autonomia e independência, possibilitou a modificação de suas visões de mundo, sendo fonte de descoberta de valores humanos tais como a coragem, a resiliência, a valorização da vida bem como da empatia pelo sofrimento alheio. Em suma, este estudo destacou a importância da DCAME enquanto doença multidimensional que leva o indivíduo a experimentar necessidades espirituais importantes, sendo o incentivo a busca da integralidade no contexto hospitalar para o correto manejo do problema mais do que uma emergência para a saúde pública.

Palavras-chave: Bem-estar espiritual, Dor crônica, Integralidade da assistência.

ABSTRACT

GARCIA, F. R. **Reflections on spiritual well-being in women with chronic pain.** Ribeirão Preto, 2014. 128 p. Thesis (Masters- Health in the Community) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

Chronic Musculoskeletal Pain (CMP) is a disease that, in addition to achieving the musculoskeletal system, especially the women aged 45 to 64 years, often entails psychological, social and spiritual disorders and is influenced by them and may develop big load of grief for patients when not diagnosed and treated properly. Thus, among the aspects mentioned, Spiritual Well-Being (SWB) as an expression of practical spirituality which, although recently has been addressed in scientific studies, since the beginning of mankind, considered as an important dimension in the health-disease process, by allowing, among other benefits, the most rapid restoration of health. In this context, it has become necessary to understand and reflect on the meanings of SWB that permeated the experience of women with CMP and the ways in which the SWB was expressed by this population, both to facilitate the clarification of the causes of pain attributed by them as forms of management and the impacts caused by pain. Thus, this study, which was conducted at the Pain Clinic of the University Hospital of Ribeirão Preto (PCUHRP) and conducted according to the regulations of the National Committee of Ethics in Research (NCER), used a qualitative approach. In this work, after being selected by convenience sampling, 11 subjects were selected and individually interviewed in a room reserved for this purpose, with a guide to interview a guiding semi-structured interview with closed questions and to identify sociodemographic and open design issues for the seizure of SWB meanings and knowledge about the causes, impacts and forms of pain relief. Data were recorded on an MP3 player and transcribed to the top of the data analysis that was done by means of the Thematic Analysis (TA), one of the techniques of Content Analysis (CA) and made possible the emergence of four themes: *Meanings and Manifestations of SWB*; *Explanatory models for pain*; *Forms of disease management* and *Impacts of chronic pain*. From these themes, some interpretations of the SWB could be highlighted. Reported as a human aspect difficult to define, SWB could be manifested in different ways. The forms submitted were good relationship with oneself, with others and with God, the development of hope, trust, and faith in themselves and who performed the treatment, physical comfort, occupation, leisure, learning and empathy contact with each other. In this work, some causes were expressed psychosocial origin, physical burdens and behaviors that perpetuate the problem, in addition to pain in response to a sin. Highlighted some causes, the paper points out the use of prayer as an adjunct to conventional medical treatment for all interviewees and Reiki technique. In view of the above, the same CMP negatively impacting on the lives of the interviewees, including developing the fear of loss of autonomy and independence, enabled the modification of their worldviews, a source of discovery of human values such as courage, resilience, valuing life and empathy for others' suffering. In summary, this study highlighted the importance of CMP as multidimensional disease that causes the individual to experience significant spiritual needs, and encouraging the pursuit of comprehensive health care in the hospital setting to the correct handling of the problem more than a public health emergency.

Keywords: Spiritual well-being, Chronic pain, Comprehensive health care.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Número de atendimentos médicos na Clínica de Dor no período de janeiro a Agosto de 2012.....	41
Quadro 2 - Caracterização dos participantes selecionados para a pesquisa.	47
Quadro 3 - Descrição da religião frequentada, sua frequência e funções desempenhadas na instituição religiosa pelas entrevistadas.	48

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Diferenças conceituais entre religião e espiritualidade	32
Tabela 2 - Distribuição das afecções encontradas conforme faixa etária.	42

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ADHCRP	Ambulatório de Dor do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto
AC	Análise de Conteúdo
AT	Análise Temática
AVDs	Atividades de Vida Diária
BEE	Bem-Estar Espiritual
CDHCRP	Clínica de Dor do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CRE	<i>Coping</i> Religioso-Espiritual
DCAME	Dor Crônica por Afecções Musculoesqueléticas
ERE	Enfrentamento Religioso-Espiritual
FMRP	Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
HCFMRP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA	15
1.1 Definição e epidemiologia da dor	16
1.2 Em busca da compreensão integral da DCAME: a fisiopatologia	20
1.3 Dor: o sintoma mais remoto e a inserção da espiritualidade no contexto de saúde.	27
1.4 Religião, religiosidade e espiritualidade: conceitos.	30
1.5 Integralidade, ação do fisioterapeuta e políticas públicas de saúde.	36
2. OBJETIVOS	39
2.1 Objetivos Gerais	39
2.2 Objetivos Específicos	39
3. METODOLOGIA	40
3.1 Delineamento do estudo	40
3.2 Caracterização do local da pesquisa e dos pacientes que o frequentam.	40
3.3 Aspectos éticos	44
3.4 Coleta de dados	44
3.5 Roteiro de entrevista semiestruturada	49
3.6 Processo de entrevista	50
3.7 Análise dos dados	51
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	57
4.1 Significados e manifestações do BEE	57
4.2 Modelos explicativos para a dor	70
4.3 Formas de manejo da doença	81
4.4 Impactos da dor crônica	90
5. CONCLUSÕES	103
REFLEXÕES PARA A PRÁTICA FISIOTERAPEUTA	108
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	110
APÊNDICE A	126
APÊNDICE B	127
ANEXO A	129

1. INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

Desde o início dos tempos, a sensação dolorosa assola o homem, fazendo-o buscar estratégias que a aliviam ou mesmo que impeçam sua manifestação (PARK; LAVIN, 2010). De característica desagradável, esta sensação foi, por muitos anos, considerada sob o ponto de vista sensitivo, como um sintoma que necessitava apenas de cuidados físicos.

A Dor Crônica por Afecções Musculoesqueléticas (DCAME) tem sido foco de estudos científicos pela alta frequência em ambulatórios de fisioterapia e hospitais (LEITE; GOMES, 2006), com consequente elevada prevalência em estudos epidemiológicos (TEIXEIRA et al., 2001b), bem como pelo sofrimento humano que desencadeia, pelos problemas e impactos sociais decorrentes da alteração (BLYTH et al., 2001; ELIOT et al., 1999; TEIXEIRA et al., 2001a; TURK; MELZACK, 1992), dentre outros fatores.

Desta forma, com os avanços da ciência ocidental, descobertas a respeito de seu mecanismo de atuação no corpo (MELZACK, 1999, 2004) facilitaram o entendimento deste problema que, sem dúvida alguma, é uma doença que influencia e é influenciada pelos aspectos físicos, psíquicos, sociais e espirituais do indivíduo (KOENIG, 2003;), perpassando a área dos significados atribuídos à dor para a construção da compreensão mais integral da afecção (MELZACK, 1999, 2004; SOUSA, 2002).

Composto por crenças e práticas, o estudo dos aspectos espirituais do indivíduo vem se tornando uma área promissora para a pesquisa científica, pelo fato de seu conhecimento proporcionar ao ser humano um entendimento mais amplo sobre a vida, bem como sobre os processos que possibilitam o surgimento da dor. Além disso, conforme estudos recentes, crenças e práticas religioso-espirituais, utilizadas de forma positiva, estão associadas à longevidade, à diminuição da percepção da sensação dolorosa e ao status de saúde positivo (KOENIG; MCCULLOUGH; LARSON, 2001; KOENIG, 2003; MARQUES, 2003; (WACHHOLTZ; PEARCE, 2009).

Enfim, tais práticas e crenças fizeram emergir o conceito de Bem-Estar Espiritual (BEE) ou saúde espiritual no contexto da saúde, cuja importância se destaca, conforme Gouveia et al. (2009), Marques (2003) e Paulotzian e Ellison (1982), no tocante à recuperação mais rápida da saúde, ao aumento da interação social, dentre outros benefícios. Assim, este conceito, atrelado às outras dimensões era o que faltava em estudos sobre saúde, compondo uma peça crucial para a compreensão do processo saúde/doença.

Embora o entendimento dos significados de BEE possa auxiliar profissionais da saúde no tocante às diferentes abordagens de prevenção de doenças, este aspecto pode facilitar o

desvendamento de necessidades espirituais que, por ventura, ainda possam ser negligenciadas no cuidado ao indivíduo doente. Conforme Büssing, Balzat, Heusser (2010), Büssing e Koenig (2010), a avaliação destas necessidades possibilita um melhor planejamento de tratamento com possibilidades de resultados mais eficazes.

Assim, tendo em vista que a DCAME é um problema de saúde pública por ser uma doença que gera gastos crescentes para o governo e que o conhecimento do BEE possibilita o entendimento do ser humano e do processo saúde/doença de forma mais integral, tornou-se necessário compreender os significados de BEE que permearam a vivência de mulheres portadoras de DCAME, apropriando-se do conhecimento próprio das entrevistadas desta pesquisa acerca das causas, das formas de alívio do problema e dos impactos gerados pela dor nesta população.

1.1 Definição e epidemiologia da dor

O termo “dor”, de acordo com a IASP (1986), é definido como *“uma experiência sensitiva e emocional desagradável, de caráter único, particular e intransferível, relacionada com o dano real ou potencial dos tecidos envolvidos”*.

Dentre estes tecidos, destacam-se as estruturas ricamente inervadas como músculos, fáscias, articulações, ligamentos, tendões, periósteos, bursas sinoviais e enteses que, geralmente após lesões traumáticas, inflamatórias, isquêmicas e/ou sobrecargas funcionais, tendem a desenvolver a dor (TEIXEIRA et al., 2001a; TURK; MELZACK, 1992).

Considerada aguda quando sua duração vai de alguns minutos até algumas semanas, a dor desenvolvida nestas estruturas é caracterizada pela dor necessária com o objetivo de alertar o indivíduo para a busca de tratamento (MELZACK; WALL; TY, 1982). Já a dor crônica por afecções musculoesqueléticas (DCAME) é aquela com duração de três a seis meses ou mais, de caráter intermitente ou não.

Neste tipo de dor, um aspecto relevante é o fato de que a percepção da sensação dolorosa se prolonga mesmo após o período habitual de recuperação do tecido envolvido (IASP, 1986). Conforme IASP (1986), Koenig (2004), Merskey (1986), Merskey e Bogduk (1994) e Teixeira et al. (2001a) isso pode ocorrer pelo fato de que ao problema somam-se em seu mecanismo de atuação os fatores espirituais (crenças/práticas), além dos fatores fisiológicos, psicossociais e emocionais.

Segundo Leite e Gomes (2008), após levantamento epidemiológico do problema em um ambulatório de fisioterapia, traumas físicos, esforços repetitivos, artrose e hérnia de disco foram respectivamente, as causas mais encontradas que desencadearam dor crônica.

Embora algumas causas fossem facilmente identificadas como mostrado anteriormente, a avaliação do doloroso crônico, no entanto, é complexa. Conforme estudos de Walsh et al. (2004) sobre a capacidade para o trabalho em indivíduos com lesões musculoesqueléticas, o processo envolve tanto o conhecimento clínico aprofundado das características da sensação dolorosa (cansaço, parestesia, etc.), quanto a investigação minuciosa de fatores pessoais e ocupacionais pelo profissional, exigindo, conforme Fontes e Jaques (2007), uma abordagem multiprofissional e capacitação de profissionais que tratam desta desordem.

Desta forma, a complexidade da avaliação e do tratamento da DCAME pode levar a sua má administração. Uma das consequências disto é o aumento de sua prevalência como mostram os estudos epidemiológicos que a consideram um dos maiores problemas de saúde pública por acarretar, além de impactos como a perda de produtividade e os gastos com cuidados de saúde, o ônus para a sociedade (BLYTH et al., 2001; ELIOT et al., 1999; TEIXEIRA et al., 2001a; TURK; MELZACK, 1992).

Com alcance global, a desordem acomete tanto países industrializados (ANDERSEN; WORM-PEDERSEN, 1987; VERHAAK et al., 1998), quanto os em desenvolvimento (TEIXEIRA et al., 2001b).

Já no Brasil, conforme estudo de Teixeira et al. (2001b), a prevalência de dor crônica proveniente de afecções do aparelho osteomuscular é elevada. Estes autores realizaram entrevistas individuais com 485 pessoas com dor crônica de difícil controle, a fim de obter informações sobre sexo, idade, localização da dor, medicamentos e medidas empregadas para seu controle e concluíram que, em torno de 57,3% desta amostra, mencionaram dor de origem osteomuscular.

E estas estimativas têm aumentado. Algumas explicações para este aumento são a inserção de novos hábitos decorrentes da vida moderna, como o de trabalhar muito tempo sentado ou em pé, além da maior longevidade do indivíduo devido a avanços tecnológicos e o reconhecimento do surgimento de condições álgicas do trabalho como as Lesões por Esforços Repetitivos (LER) /Disfunções Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (DORT) (MAILIS; PAPAGAPIOU, 1993).

No entanto, estes achados explicam em parte a estimativa crescente, pois a subjetividade da dor mascara os dados e os torna imprecisos (TURK; MELZACK, 1992).

Além de ter uma abrangência mundial, a DCAME pode ser muito intensa e incapacitante, conforme os dados do estudo de Breivik et al. (2006). Estes autores, por meio de entrevista fechada, coletaram dados sobre prevalência, severidade, formas de tratamento e impacto da DCAME em europeus e israelitas e concluíram que 34% dos entrevistados possuíam dor entre 8-10 de acordo com a Escala Visual Analógica (EVA), ou seja, dor severa.

Em 19% dos casos, a dor foi de moderada a severa, afetando seriamente a qualidade da vida social e as funções no trabalho. O estudo estimou também que, aproximadamente metade dos investigados, recebeu um tratamento inadequado para sua dor, o que possibilitou tanto a severidade do quadro, quanto o aumento da prevalência (BREIVIK et al., 2006).

Assim, como forma de combate à dor, o uso de analgésicos potentes é intenso nesta população (PARK; LAVIN, 2010). Sorensen et al. (1992), após coletarem as notificações obrigatórias e prescrições de medicamentos analgésicos em farmácias durante um período de 1 (um) mês, concluíram que 29% dos indivíduos dinamarqueses que compravam estes medicamentos, possuíam dor crônica só na coluna lombar.

No entanto, juntamente com este uso abusivo (PARK; LAVIN, 2010), nota-se o surgimento de efeitos colaterais. Exemplos são as alterações gastrointestinais, as dermatológicas e as do sistema nervoso central, além de necrose tecidual, conforme estudo de Giovanetti et al. (1993), após aplicação de analgésicos por via intramuscular.

Outros efeitos colaterais de acordo com Jones et al. (2013) foram a overdose medicamentosa e a morte decorrente desta prática, que inviabilizam o uso de medicamentos para a dor de forma contínua, sendo necessário, conforme Gugelman (2013), o incentivo da intervenção multiprofissional capacitada.

Tendo em vista estes malefícios, ao entrevistar 1035 indivíduos para a coleta de informações sobre os preditores da busca da medicina alternativa pelos norte-americanos, Astin (1998) inferiu que a DCAME foi um fator preponderante na escolha desta forma de tratamento pelos participantes tanto pela insatisfação com a medicina tradicional quanto pelas crenças e valores pessoais dos entrevistados.

Desta forma, os gastos para o manejo da DCAME bem como com a perda de produtividade advinda do seu acometimento são elevados, totalizando nos Estados Unidos US\$ 89 bilhões, de acordo com os dados de James (1991), US\$ 100 bilhões de acordo com Zagari,

Mazonson e Longton (1996) e U\$ 70 bilhões só com lombalgia, segundo dados de Arnoff (1998).

Outro dado dos estudos epidemiológicos é o referente ao público alvo. De acordo com o estudo de Kreling, Cruz e Pimenta (2006), cujo objetivo foi analisar a prevalência da DCAME conforme o sexo e os locais do corpo em 505 adultos trabalhadores do Estado do Paraná, a dor crônica atingiu 61,4% mais mulheres do que homens. Outros estudos brasileiros de Augusto et al. (2008), Teixeira et al. (2001a), Leite e Gomes (2006), também encontraram a prevalência aumentada no sexo feminino.

Filligim et al. (2009) realizaram um trabalho a respeito das diferenças sexuais na dor clínica e da sensibilidade à dor experimental. Os autores concluíram, a partir de evidências disponíveis, que a prevalência da dor foi maior em mulheres do que em homens e, embora os resultados fossem menos consistentes, o sexo feminino relatou níveis maiores de dor e de sensibilidade do que o masculino tanto em relação à dor induzida experimentalmente (injeção intramuscular de substâncias algésicas) quanto à oriunda de procedimentos invasivos.

Este fato levantou hipóteses de que os mecanismos psicossociais bem como os fatores hormonais, os papéis correspondentes a cada sexo e os fatores cognitivo-afetivos podem contribuir para as diferenças sexuais na resposta ao estímulo doloroso.

Desta forma, de acordo com Filligim et al. (2009), tanto a maior aceitabilidade social no tocante às queixas álgicas pelo fato de a mulher representar para a sociedade um exemplo de fragilidade e vulnerabilidade, quanto a maior sensibilidade biológica a estímulos, ou seja, menor limiar de dor, somam-se como fatores respectivamente culturais e biológicos que tornam o sexo feminino mais vulnerável ao desenvolvimento da DCAME.

Outro dado epidemiológico a respeito da dor é a faixa etária. O envelhecimento é um fator que promove o aparecimento de desordens degenerativas nas articulações, de forma que com o aumento da idade acentuam-se as queixas álgicas, principalmente na mulher, conforme resultados da pesquisa de Leite e Gomes (2006).

Os estudos de Brattberg (1989), Jacobson (1989), Sieber (1997), Verhaak et al. (1998), Teixeira et al. (2001b) e Kreling et al. (2006) destacaram ser a DCAME uma afecção muito frequente na faixa etária de 45 a 64 anos no público feminino. O trabalho de Teixeira et al. (2001a) mostrou que a lombalgia e lombociatalgia foram mais frequentes na população feminina com idade em torno de 55 anos e a fibromialgia mais frequente na faixa de 50 anos.

Embora seja também frequente o aparecimento da DCAME após essa faixa etária devido ao envelhecimento, algumas afecções comprometem as mulheres com idade menor.

Exemplos são as disfunções da articulação temporomandibular e a DORT/LER que aparecem com maior incidência na mulher adulta jovem, no pico da fase reprodutiva (TEIXEIRA et al., 2001a; WALSH et al., 2004).

Com o envelhecimento, algumas situações ocorrem com mais frequência: o surgimento de alterações orgânicas como o câncer e a dor crônica proveniente de tal disfunção (TEIXEIRA et al., 2001b).

Além disso, com o avançar da idade, também para o entendimento do fim da vida, ocorre uma inclinação destes idosos aos assuntos ligados à espiritualidade e à religiosidade¹ (BÜSSING et al., 2008; BÜSSING et al., 2009; HEBERT et al., 2009; KOENIG; MCCULLOUGH; LARSON, 2001; NAIRN; MERLUZZI, 2003; PERES et al., 2007; PHELPS et al., 2009; RIPPENTROP, 2005; ROSS et al., 2009; THUNE-BOYLE et al., 2006).

1.2 Em busca da compreensão integral da DCAME: a fisiopatologia

A fim de compreender o fenômeno “dor” com mais profundidade Melzack e Wall elaboraram na década de 60 a teoria da comporta da dor que esclareceu os mecanismos espinhais e cerebrais desencadeados a partir de estimulação periférica dolorosa (MELZACK; WALL, 1965).

De acordo com esta teoria, a intensidade da dor também é afetada pela atenção, ansiedade, sugestão e outras influências psicossociais. Os sinais de dor oriundos de alguma área do corpo danificada são modulados pela medula espinhal e simultaneamente por impulsos somáticos e influências descendentes do cérebro.

Para estes autores, mecanismos no corno dorsal na medula agem como um portão inibindo ou facilitando a transmissão dos impulsos nervosos através de uma combinação de impulsos nervosos periféricos e impulsos descendentes do cérebro, constituindo as influências psicossociais meios de inibição ou facilitação do “portão” .

Em adição a esta teoria, Melzack desenvolveu a teoria da matriz neural (MELZACK, 1999, 2004), que considera a dor uma experiência complexa e multidimensional produzida por padrões característicos de impulsos nervosos gerados por uma vasta rede neural no cérebro cujo aspecto, para este autor, assemelha-se a uma matriz.

Formada por laços que unem o sistema somatossensorial (mecanismos visuais e vestibulares) com o límbico (emoções e sentimentos), esta rede neural é a responsável por

¹ Estes termos serão definidos adequadamente ao longo do corpo deste trabalho.

criar padrões de impulsos nervosos característicos, independentemente de estimulação periférica, os quais Melzack (2004) definiu como “assinaturas neurais”, uma característica da matriz neural que determina a experiência da dor crônica.

De acordo com Melzack (1999, 2004), a distribuição espacial desta rede e suas ligações sinápticas são inicialmente definidas geneticamente, porém com a estimulação sensorial constante, sofrem modificações em relação à configuração arquitetônica inicial.

Assim, compostos por apenas uma parte desta experiência, impulsos sensoriais periféricos evocados por meio de lesões, inflamações ou outras enfermidades convergem para a matriz neural produzindo um resultado mais complexo do problema (MELZACK, 2004).

A dor, como já foi vista, não é apenas um fenômeno sensório. Responsável por romper o sistema de regulação homeostática do cérebro, a dor produz “estresse”, ou seja, um caos cerebral visando acionar complexos programas para reestabelecer a homeostase perdida (MELZACK, 1999, 2004). Além disso, para Koenig (2003), a dor pode influenciar fatores biológicos, psicológicos, sociais e espirituais e ser influenciada por eles.

Para Melzack (2004), o estresse é um sistema biológico acionado por lesões físicas, infecções ou qualquer ameaça ao sistema biológico bem como por ameaças psicológicas e agressões ao “eu”. A quebra desta homeostase inicia o processo que ativa uma complexa sequência de eventos cerebrais para restabelecê-la.

Com a liberação de citocinas na corrente sanguínea, tais como gama-interferon e interleucinas 1 e 6 em segundos após a agressão, essa sequência complexa se inicia, enviando informações para as células hipotalâmicas no cérebro (MELZACK, 1999, 2004).

As citocinas junto com as respostas avaliativas do cérebro após o acometimento, rapidamente começam uma sequência de atividades visando a liberação e a utilização de glicose para as ações necessárias no combate à agressão, tais como a reparação do tecido e a remoção de detritos (MELZACK, 1999, 2004).

Em situações mais graves, o sistema noradrenérgico é ativado, liberando o hormônio epinefrina na corrente sanguínea que ativa o sistema nervoso simpático, responsável por preparar o coração, os vasos sanguíneos e outras vísceras para o restabelecimento da homeostase (MELZACK, 1999, 2004).

Ao mesmo tempo, a percepção da lesão ativa o sistema hipotálamo-pituitária-adrenal (HPA) que libera na corrente sanguínea o hormônio corticotrófico produzido no hipotálamo, que, ao viajar até a pituitária, causa a liberação do hormônio adrenocorticotrófico.

Este hormônio ativa o córtex da adrenal para a liberação do hormônio cortisol que atua no sistema imunológico e na produção de opióides endógenos pelo indivíduo. Essencial para a sobrevivência, o hormônio cortisol ainda modula ou inibe a produção destes opióides.

Após lesão, o cortisol é o hormônio responsável por produzir e manter altos níveis de glicose sanguínea, o que só pode acontecer a partir da quebra de proteínas musculares e com o impedimento da reposição de cálcio nos ossos. Isso pode acelerar a degeneração do hipocampo com o envelhecimento suprimindo o sistema imunológico, sendo dor crônica, em muitos estudos, relacionada com doença autoimune (MELZACK, 1999, 2004).

O cortisol quando liberado prolongadamente, pode produzir a destruição de ossos, tecidos nervosos e músculos o que cria condições para muitos tipos de dor crônica, como miopatias, fraquezas musculares, fadigas e até mesmo um processo de descalcificação (MELZACK, 1999, 2004).

A dor crônica também atinge mais mulheres, pois o estrogênio aumenta a liberação de citocinas (gama-interferon é uma delas) o que acarreta em aumento do cortisol como explicado acima. Assim, para o autor, algumas formas de dor crônica podem ocorrer como um resultado do efeito acumulativo destrutivo do cortisol no músculo, no osso e no tecido neural (MELZACK, 1999, 2004).

O hipocampo tem a função de controlar naturalmente o cortisol sanguíneo o que, com a degeneração precoce pelo efeito destrutivo deste hormônio, acaba sendo prejudicada. Isso pode explicar o aumento da prevalência de DCAME à medida que a idade avança (MELZACK, 1999, 2004).

Outras situações em conjunto também favorecem a liberação prolongada e exagerada do cortisol no sangue, a saber: o hormônio relacionado com o sexo, a predisposição genética e o estresse psicológico derivado da competição social. Assim, a exposição contínua ao estresse pode auxiliar na liberação de cortisol e ocasionar dor crônica (MELZACK, 1999, 2004).

Eventos de estresse tanto psicológicos quanto físicos também modulam a assinatura neural de forma que a construção de padrões perturbados desta assinatura, após uma cascata de eventos estressores, pode contribuir para o funcionamento inadequado da matriz neural, favorecendo a destruição de tecidos que dão origem à dor crônica.

Em suma, independentemente de estimulação periférica, o impulso nervoso proveniente do corpo (“eu”, “lesão física”) viaja até o cérebro, espalhando-se por diferentes áreas cerebrais para permitir um processamento paralelo com os diferentes componentes da matriz neural, a saber: 1. Áreas cerebrais relacionadas com a cognição (memórias de experiências do

passado, atenção, significado e ansiedade); 2. Sistemas de sinalização sensoriais (cutâneo, visceral, estímulos musculoesqueléticos) e 3. Áreas do cérebro relacionadas com a emoção (sistema límbico e associação com mecanismos da homeostase cerebral) (MELZACK, 1999, 2004).

Após se distribuírem, os estímulos convergem repetidamente para permitir interações entre os produtos deste processamento (produção de novos estímulos nervosos) para ativar o músculo e produzir o movimento de proteção, por exemplo, (padrões de ação voluntária e involuntária), bem como ativar o programa de regulação do estresse gerado pela dor (cortisol, norepinefrina e endorfina) e ainda para ativar a área de percepção da dor (dimensões sensoriais, afetivas e cognitivas) (MELZACK, 2004).

Desta forma, de acordo com a teoria da matriz neural, todos os impulsos provenientes do corpo são submetidos neste processamento cíclico, o qual produz novos impulsos nervosos que são modulados constantemente, de modo que os padrões característicos de impulsos (assinaturas neurais) produzidos pela matriz neural ficam impregnados nela (MELZACK, 2004).

Do ponto de vista fisiológico, a dor promove uma cascata de eventos cerebrais que alteram a arquitetura da matriz neural com o passar dos anos e o indivíduo como um todo, por meio de respostas comportamentais, decorrentes do significado que atribui a sua dor, e de respostas endocrinológicas e imunológicas do organismo diante da mesma (MELZACK, 1999, 2004).

Três interpretações diferentes acerca da doença foram lançadas de acordo com Eisenberg (1977): a doença-processo (*disease*), ou seja, constituída por alterações orgânicas, com anormalidades de estruturas ou órgãos decorrentes do processo de adoecimento; a doença-experiência (*illness*) ou enfermidade, que pode ser mais bem entendida como a resposta subjetiva de mal-estar decorrente do processo orgânico e a doença (*sickness*) manifestada na ordem cultural, sendo esta última expressa por meio de comportamentos oriundos de normas, valores, expectativas tanto individuais quanto coletivas trazidos pela cultura de uma sociedade.

Assim, a dor crônica pode ser considerada uma doença que altera estas três esferas mencionadas: a orgânica, a emocional e a comportamental.

As crenças e práticas religioso/espirituais, embora ainda sejam apenas conjecturas, pois a explicação para o fenômeno ainda permanece desconhecida, possivelmente atuam no indivíduo alterando seus processos cognitivos (crenças, expectativas, significado simbólico

atribuído à dor, etc.) e emocionais (ansiedade, depressão, medo) os quais podem alterar a experiência dolorosa por meio da influência sobre os processos fisiológicos desencadeados pela dor (ASTIN, 1998; MELZACK, 1965; RIPPENTROP et al., 2005).

Além disso, estas crenças podem induzir determinados comportamentos e valores nos indivíduos que as seguem aproximando-os ou não do “estado da saúde” (LANGDON; WILK, 2010). Crenças/práticas espirituais podem então inserir-se aqui como um aspecto que atua no cérebro ativando, de alguma forma, as áreas cognitivo-afetiva relacionadas com a dor, diminuindo ou não sua percepção.

Tal percepção pode ser diminuída quando o indivíduo utiliza-se da espiritualidade de forma positiva - enfrentamento religioso-espiritual positivo (ERE) positivo, ou seja, quando há um bom relacionamento com Deus² ou força maior que desperta, além de outros aspectos, a vontade de auxiliar os outros (WACHHOLTZ; PEARCE, 2009; WACHHOLTZ, PEARCE, KOENIG, 2007).

Pode ainda ser aumentada quando do ERE negativo, ou seja, quando o indivíduo coloca a responsabilidade de todas suas ações em Deus, sentindo-se abandonado por Ele ou culpando-o por suas dificuldades (WACHHOLTZ; PEARCE, 2009; WACHHOLTZ, PEARCE, KOENIG, 2007).

Há um consenso na literatura de que práticas e crenças apropriadamente utilizadas no contexto da saúde (ERE positivo) produzem efeitos positivos, como o aumento da sobrevivência do indivíduo (KOENIG, 2003), a diminuição da percepção da dor (aumento da tolerância e diminuição da severidade) (PARGAMENT, 2002; WACHHOLTZ; PARGAMENT, 2005), aumentando o BEE do indivíduo, bem-estar esse relacionado com a recuperação mais rápida da saúde quando o indivíduo doente (MARQUES, 2003), o que não ocorre quando crenças e práticas religioso-espirituais são utilizadas como formas de ERE negativo (RIPPENTROP et al., 2005).

Como a dor é manifestada no corpo a partir da interação do processamento em várias áreas cerebrais da informação dolorosa proveniente do corpo, alguns trabalhos apontaram, por exemplo, a influência da história do indivíduo na percepção e na reação à dor. Dentre eles, o de Luchetti et al. (2012) que evidenciou ser a ansiedade do indivíduo um fator que exacerba a experiência dolorosa e o de Rashid e Dick (2009) que mostrou ser o aumento da idade, a baixa renda, o grau de escolaridade baixo, a quantidade de consumo de cigarros por dia e a

² O termo “sagrado” ou “transcendente” mencionado neste trabalho abarca os termos “Deus”, força superior, universo e refere-se a algo além da matéria.

inatividade física fatores de risco para o desenvolvimento e para o agravamento da intensidade da DCAME.

Os resultados do trabalho de Gerbershagen (2008) evidenciaram a influência do ERE na percepção da dor, com diminuição de seu aspecto sensitivo. Assim, para os autores, o modelo de compreensão da doença deveria ser baseado na integração dos aspectos biológico, psicológico, social e espiritual que, em conjunto, formam um “medicamento moderno para a analgesia”.

Ainda neste contexto, Svalina e Webb (2012) analisaram, a partir de um estudo transversal, as várias facetas do perdão (perdão por si mesmo, sentir-se perdoado por Deus, sentir-se perdoado por outros e perdoar os outros), além dos efeitos indiretos do perdão sobre o comportamento do indivíduo.

Estes autores, após aplicarem um questionário contendo informações sobre perdão por si mesmo, religiosidade, comportamentos, status de saúde e nível de dor, em um grupo de 141 indivíduos com DCAME acompanhados pela Fisioterapia, concluíram ser o perdão por si mesmo o fator mais importante no contexto da saúde por estar associado com estado de saúde mental e com dor crônica.

Assim, incentivaram a introdução de estratégias para abordar o perdão no contexto da reabilitação de pacientes com a desordem, destacando também que a cultura religiosa pode influenciar o sentimento de perdão por Deus ao propiciar para o doloroso crônico uma explicação mais coerente a respeito de sua dor.

Esta explicação ficou clara, por exemplo, no trabalho de Whitman (2007) que objetivou entender a dor e o sofrimento causado por esta de acordo com os princípios religiosos do Hinduísmo. Neste trabalho, a autora levantou argumentos de que a religião pode mostrar uma visão aprofundada acerca da dor e do sofrimento, além de evidenciar direcionamentos para que o indivíduo lide melhor com o problema, sendo um deles a prática meditativa.

Além disso, outro prejuízo acarretado é o medo relacionado com a dor (JONG et al., 2012; LAMÉ et al., 2005). Em um estudo transversal, Lamé et al. (2005), após avaliar 1208 pessoas com dor crônica, por meio de um questionário com informações sobre variáveis demográficas, possíveis causas da dor, localização e intensidade da mesma, formas de enfrentamento e crenças relacionadas, dor catastrófica e oito dimensões da qualidade de vida, concluíram que as mulheres relataram dor e pensamentos catastróficos mais exacerbados que

os homens, além de apresentarem níveis maiores de incapacidade, de baixa vitalidade e de baixa saúde geral.

Após serem analisados por meio da regressão múltipla, estes pensamentos catastróficos, os quais estão associados especialmente com a função social, com a vitalidade, com a saúde mental e geral, foram os preditores de qualidade de vida mais importante do estudo mencionado acima. Assim, os autores concluíram que tais pensamentos sobre a dor evidenciaram-se fortemente associados com qualidade de vida mais até do que a intensidade da dor. O medo de movimentar a parte afetada, devido ao receio de lesão, pode explicar este fato e leva o indivíduo a restringir os movimentos causando, dentre outros prejuízos, a piora da intensidade do quadro álgico pela imobilidade e a perpetuação do sintoma (LAMÉ et al., 2005).

Há ainda evidências também de que a densidade de receptores de serotonina no cérebro esteja relacionada a propensões espirituais, conforme o trabalho de Borg et al. (2003), cujo objetivo foi buscar relações entre traços da personalidade com a densidade do receptor de serotonina 5-HT_{1A}. Neste estudo, foram avaliados 15 indivíduos do sexo masculino, por meio da tomografia por emissão de pósitrons e da avaliação dos traços da personalidade com o questionário autoaplicável de temperamento e caráter.

Os resultados evidenciaram que traços da personalidade guardam atitudes e comportamentos religioso-espirituais, indicando que o sistema da serotonina pode servir como uma base biológica para experiências espirituais. O estudo trouxe à tona a possibilidade de que práticas espirituais podem realmente influenciar as vias de serotonina no cérebro que regulam o humor e possivelmente a dor (BORG et al., 2003).

O trabalho de Koenig (1997) com 1718 pacientes idosos mostrou a importância de atividades religioso/espirituais nos níveis séricos de interleucina 6 (IL-6) e outros mediadores do sistema autoimune, já que a dor causa a supressão do sistema imunológico. A IL-6 tem se mostrado uma citocina fortemente associada com reações de estresse e com doenças osteomusculares (LUTGENDORF et al., 2004; MELZACK, 1999, 2004). Assim, além de menores taxas de marcadores de inflamação, como alfa-2 globulina, d-dímero, leucócitos polimorfonucleares e linfócitos, os praticantes de atividades religioso-espirituais possuíram taxas menores de interleucina 6.

O trabalho de Leite e Gomes (2006), cujo objetivo foi estudar a prevalência de dor crônica em um ambulatório de fisioterapia e retratar aspectos multidimensionais da dor,

evidenciou que 48% dos atendimentos prestados foram para o tratamento de dor de origem musculoesquelética e que os pacientes assistidos necessitavam de uma abordagem integral³.

O trabalho de Augusto et al. (2008), no entanto, destacou que muitos fisioterapeutas ainda possuem uma visão reducionista e mecanicista da dor desconsiderando outras variáveis que interferem no processo de cicatrização do tecido envolvido e em sua remissão. Os autores reforçaram a importância de se observar a expressão subjetiva da dor de seus pacientes para a busca de estratégias mais eficazes.

Magalhães et al. (2012), após estudarem as crenças de 100 fisioterapeutas a respeito do tratamento a pessoas portadoras de dor crônica lombar, mostraram que estes profissionais ainda possuem incertezas em relação ao melhor tratamento que deve ser disponibilizado a estes indivíduos e aos processos pelos quais a dor se desenvolve e se perpetua. A crença de que dor estaria ligada à incapacidade progressiva foi a mais evidenciada neste trabalho, sendo enfatizada pelos profissionais inexperientes, ou seja, com menos anos de atuação na área.

Lima e Trad (2007) também observaram estes aspectos do reducionismo biológico após apreenderem os sentidos da dor crônica no discurso e na prática clínica de 16 médicos (clínicos e coordenadores de serviço). Por meio de um estudo etnográfico, a partir de observação participante e entrevistas semiestruturadas, o estudo evidenciou como sentidos o reconhecimento da dor crônica enquanto doença por parte da biomedicina e não como um sintoma e a invisibilidade, a incomunicabilidade e a inevitabilidade da dor ao olhar médico. Estes sentidos fizeram emergir por parte dos informantes a valorização do cuidado humano na clínica da dor, além do exercício da compreensão do sofrimento gerado pelo problema em contraposição ao distanciamento que normalmente ocorre, visando à construção de projetos terapêuticos negociados e sustentáveis por longo período.

1.3 Dor: o sintoma mais remoto e a inserção da espiritualidade⁴ no contexto de saúde.

A OMS propôs em 1998, o termo saúde como “*um estado dinâmico completo de bem-estar físico, mental, espiritual e social e não meramente a ausência de doença* (WHO/MAS/MHP/98.2, 1998)”.

Assim, de acordo com esta proposta, observa-se o ideal de inserção da dimensão espiritual no conceito mais recente de saúde disponibilizado pela OMS. O fato da

³ O tema “integralidade” será abordado ao longo do corpo do trabalho.

⁴ O termo “espiritualidade” foi aqui utilizado pelo fato deste ser mais abrangente que o conceito de “religiosidade”. No entanto, estes termos, que se referem aos aspectos da dimensão espiritual do ser humano, tais como práticas e crenças religioso-espirituais, serão adiante explicados e diferenciados.

religiosidade, da espiritualidade e de todas suas práticas/crenças serem, desde tempos remotos, recursos preciosos no contexto sociocultural do indivíduo para a cura das doenças e estudos recentes (MARQUES, 2009; KOENIG, 2012) evidenciarem estes aspectos como peças que favorecem a compreensão integral das doenças, faz da dimensão o elemento que faltava nas práticas de saúde atuais (SAAD; MASIERO; BATTISTELA, 2001).

Apesar de vários artigos terem sido publicados sobre as relações da espiritualidade e da religião com saúde, as razões para estas relações ainda permanecem desconhecidas. (GEORGE; ELLISON; LARSON, 2002; KAPLAN, 2002; KOENIG, 2012; KOENIG; MCCULLOUGH; LARSON, 2001; MILLER; THORESEN; JONES, 2003).

No entanto, desde a antiguidade, religião e medicina possuem mais semelhanças do que divergências. As semelhanças são notadamente marcadas pelo fato de que tanto a doença mental quanto física era atribuída a alguma influência espiritual como a invasão de maus espíritos no corpo. Padres e todos aqueles que prestavam assistências religiosas buscavam a cura e mesclavam seus trabalhos puramente religiosos com o de curar, ou seja, com a ciência médica (PRIORESCHI, 1995 *apud* KOENIG; MCCULLOUGH; LARSON, 2001, p.26).

Com a ausência de denominação de doenças, o mal-estar manifestado pelo paciente era o sinal de que o corpo estava doente sendo a dor, de longa data, o sintoma mais frequente observado pela humanidade (PRIORESCHI, 1995 *apud* KOENIG; MCCULLOUGH; LARSON, 2001, p.26).

Comumente, técnicas sobrenaturais como a arte de cura pelas mãos, o hipnotismo, as magias realizadas por feiticeiros, além das técnicas naturais como medicamentos feitos à base de ervas, eram utilizadas por egípcios e pela medicina mesopotâmica na cura da dor (KRIEGER, 1975 *apud* KOENIG; MCCULLOUGH; LARSON, 2001, p.26; NUNN, 1996; ZILBOORG; HENRY, 1941).

Ainda no Egito, no período compreendido entre 2650-1800 a.C, a Medicina Física, hoje Fisioterapia e áreas afins, surge com técnicas de massagens e terapias físicas para curar o paciente com dor mostrando-se muito diferente da terapia medicamentosa que, naquela época, era vista apenas como um meio para aliviar o sintoma (NUNN, 1996 *apud* KOENIG; MCCULLOUGH; LARSON, 2001, p.26).

Neste contexto, surge a acupuntura na China, entre o período de 2000-500 a.C, para curar a dor bem como outros sintomas (PRIORESCHI, 1995 *apud* KOENIG; MCCULLOUGH; LARSON, 2001, p.26).

A arte de curar surge então em meio a valores religiosos e espirituais que se tornam parte da vida dos antigos egípcios, sendo frequentemente as divindades invocadas para auxiliar em condições médicas (PRIORESCHI, 1995 *apud* KOENIG; MCCULLOUGH; LARSON, 2001, p.26).

Em 1500-1000 a.C, nos tempos hebraicos, já se acreditava que Deus enviava doenças àqueles que pecavam, sendo que o caminho “correto” moralmente seria um aspecto que supostamente preveniria doenças. Assim, em várias culturas nascidas antes da entrada na Idade Média, a dor era percebida como resultado da influência de entidades espirituais, sendo os males físicos provocados por ela, de uma forma geral, entendidos na Mesopotâmia como pecado ou impureza (BONICA, 1991).

No entanto, a primeira separação entre religião e medicina mencionada na Bíblia data-se de 900 a.C quando médicos permitiam que aos cuidados dos padres ficassem as pessoas com doenças mentais por considerá-las originadas de forças demoníacas. Neste período, ainda a abordagem sobrenatural e naturalista caminhavam uma ao lado da outra (ALEXANDER, 1966 *apud* KOENIG; MCCULLOUGH; LARSON, 2001, p.28).

Muitos filósofos importantes surgiram no período compreendido entre 500-300 a.C, tais como Hipócrates, conhecido como o pai da Medicina Moderna, Platão, com sua abordagem mente-corpo na cura da doença e da dor e Aristóteles, o fundador da ciência da psicologia (ZILBOORG; HENRY, 1941 *apud* KOENIG; MCCULLOUGH; LARSON, 2001, p.29).

Hipócrates e Galeno iniciaram os estudos sobre a explicação racional da dor na Roma Antiga e uma nova classe de agentes químicos para seu controle foi utilizada, exemplo é o ópio (BONICA, 1991). Naquela época, entre 500 e 300 a.C, mente e corpo eram vistos e compreendidos como entidades separadas e sem relação entre si (SERAFINO, 1991).

Com o acúmulo da função religiosa, entre 1200 a 1400 d.C, a influência desta sobre a ciência e medicina cai e padres e monges passam a se dedicar apenas às atividades da igreja e, à incumbência de médicos, fica a função de tratar as pessoas (AMUNDSEN, 1978), tornando os assuntos religiosos cada vez mais afastado da ciência.

Em 1493 d.C, Paracelsus, médico protestante, resgata a importância da espiritualidade na cura. Acreditava que a essência da religião era encontrada na fé, na experiência pessoal e na espiritualidade, sendo a integração da compreensão do espírito e das disfunções somáticas importantes no sucesso de curar (GELFAND, 1993 *apud* KOENIG, MCCULLOUGH, LARSON, 2001, p.38).

Após a Segunda Guerra Mundial, já no século XX, com os avanços do conhecimento da anatomia, da fisiologia e da utilização do método científico, descobertas importantes ocorreram sobre a dor e reabilitação de mutilados, dentre elas, técnicas da cinesioterapia, métodos de massagens e manipulações profundas, bem como atividades de reaprendizagem do movimento, reeducação funcional, dentre outras (BENOLIEL, 1995).

Apesar da separação entre ciência e religião após a Idade Média ter se mostrado cada vez mais evidente (POLLAK, 1963 *apud* KOENIG; MCCULLOUGH; LARSON, 2001, p.36), o avanço das pesquisas da Física tradicional da época e o conhecimento do átomo possibilitou o surgimento da Física Quântica e produziu a construção de uma visão de mundo menos fragmentada e mais holística.

Werner Karl Heisemberg, um dos fundadores da Física Quântica, após viver algum tempo na Índia para compreender a filosofia indiana e suas inter-relações com a ciência, pôde perceber que vários conceitos da Física, como a relatividade, a não permanência e o inter-relacionamento de todas as coisas constituíam a base das tradições espirituais indianas (CAVALCANTI, 2000, p. 72).

Para Einstein “*todas as religiões, todas as artes e todas as ciências são o ramo de uma mesma árvore*” e, portanto não podem ser compreendidas separadamente. Einstein ainda reforça que “*todas essas aspirações visam ao enobrecimento da vida humana, elevando-a acima da esfera da existência puramente material e conduz o indivíduo para a liberdade*” ressaltando a importância da integração de diversos saberes na conquista da sabedoria (CAVALCANTI, 2000, p. 72).

Desde o início dos estudos da Física Quântica, no início do século passado, observou-se ao longo dos últimos anos a reaproximação da ciência com a religião e, no caso da medicina, às tradições antigas de cura, o que foi proposto pela definição da OMS em 1998, com a inserção da dimensão espiritual ao conceito clássico de saúde.

1.4 Religião, religiosidade e espiritualidade: conceitos.

A influência religiosa na vida das pessoas, as ações sociais mediadas por religiões e as complicações médicas e dos efeitos colaterais de medicamentos estão sendo vistas de forma especial pela medicina moderna (KOENIG, 2012).

O trabalho de Wachholtz e Pearce (2009) explorou algumas pesquisas empíricas que ilustraram como a religião/espiritualidade (R/E) pode causar impactos na experiência da dor e ajudar ou não no enfrentamento da doença.

Embora os mecanismos fisiológicos pelos quais práticas e crenças religioso/espirituais atuem no indivíduo ainda permaneçam desconhecidos (KOENIG, 2012), para Wachholtz e Pearce (2009), as práticas e as crenças religioso-espirituais (compreendidas de forma positiva ou negativa, realizadas em uma instituição religiosa ou em domicílio, com valorização dos aspectos existenciais ou religiosos) interferem no suporte social, no crescimento espiritual, na construção de significado espiritual, o que acarreta em mudanças psicossociais importantes: tomada de decisões, auto eficácia, distração, suporte social, suporte instrumental e relaxamento.

Estas alterações favorecem as mudanças neurológicas e fisiológicas: alteração dos níveis de neurotransmissores, mudança na condução dos sinais de dor, diferentes limiares para o reconhecimento da dor, com o aumento ou diminuição do sistema Hipotálamo-pituitária-adrenal (HPA) o que, por conseguinte altera a percepção da dor, aumentando ou diminuindo a sensibilidade e tolerância à dor.

Por meio deste estudo, pôde-se destacar que realizar preces, frequentar igrejas e cultos são práticas religioso/espirituais (R/E) corriqueiramente utilizadas por pessoas com dor crônica por terem sido relacionadas com efeitos benéficos em relação à saúde mental e à física, sendo a prece, a estratégia R/E mais utilizada por estes doentes para lidarem com o problema.

Além disso, para Koenig (2012), as comunidades religiosas poderiam promover a melhor saúde do indivíduo pelo apoio social que realiza tirando-o ao serviço de saúde mais adequado para suas queixas, além de ser um local onde se possa prestar serviços de educação em saúde.

Assim, estes autores lançaram algumas aplicações práticas para profissionais da saúde sobre recursos R/E pelo fato da temática espiritualidade/religiosidade ainda não ser explorada por eles, a saber: fazer um inquérito breve com perguntas simples sobre a importância da espiritualidade na vida do doente; buscar o autoconhecimento, pois não é necessário que o profissional tenha uma crença específica ou mesmo siga uma religião para atender e entender as necessidades espirituais do doente; reconhecer seus limites bem como os recursos locais disponíveis e assumir o compromisso de auxiliar o indivíduo em suas necessidades.

A grande valorização destes aspectos no dia-a-dia das pessoas, fez mais de 60 profissionais interessados no assunto incluindo médicos, psicólogos, neurocientistas e outros, reunirem-se na década de 90, em diversas conferências em torno do mundo para discutirem

sobre uma definição de espiritualidade e religião que fosse a todos aceitável e de fácil entendimento (LARSON, SWYERS, MCCULLOUGH, 1997, p.21).

Estas discussões permitiram uma possível definição de que a dimensão espiritual envolve sentimentos, pensamentos, experiências e comportamentos humanos que elevam o indivíduo durante sua busca para o sagrado, para a Verdade ou ainda para a última realidade, podendo torná-lo transformado e identificado com aquilo que busca (LARSON; SWYERS; MCCULLOUGH, 1997, p.21).

Estes sentimentos, pensamentos, experiências e comportamentos humanos seriam baseados na fé, na confiança, no amor, no altruísmo, na perseverança, na conquista do estado de paz interna conforme alguns trabalhos (BÜSSING; BALZAT; HEUSSER, 2010; BÜSSING et al., 2009, BÜSSING et al., 2008; FISHER, 1999; PARGAMENT, 2002; VAN CAPPELLEN et al., 2013).

De forma geral, religião e espiritualidade são conceitos distintos. O termo “espiritualidade” pode ser mais bem compreendido como a busca do indivíduo para entender questões existenciais acerca da vida e de seu significado, bem como sobre seu relacionamento com “o sagrado” ou “o transcendente”. Os termos “sagrado” e “transcendente” se referem aqui a Deus, à força maior ou ainda à última realidade/Verdade (KOENIG; MCCULLOUGH; LARSON, 2001, p.18).

Já o termo religião é conceituado como um sistema organizado de crenças, práticas, rituais e símbolos que formalizam o processo de doutrinação do religioso e compreende as diversas denominações religiosas existentes no Planeta, tais como Cristianismo, Islamismo, Budismo dentre outras. As formalidades realizadas são para facilitar sua aproximação com o “sagrado” ou “transcendente” e para auxiliar a despertar em si, aspectos de seu relacionamento e de sua responsabilidade para com as pessoas a sua volta, principalmente da comunidade ao qual faz parte (FISHER, 1999; KOENIG, MCCULLOUGH, LARSON, 2001, p.18).

A tabela 1 abaixo exemplifica as diferenças entre religião e espiritualidade conforme Koenig, Mccullough e Larson, 2001, p.18.

RELIGIÃO	ESPIRITUALIDADE
Focada em um grupo.	Individualista
Observável, mensurável, objetiva.	Menos visível e mensurável, mais subjetiva.
Formal, ortodoxa, organizada.	Menos formal, ortodoxa, sistemática.
Comportamento orientado, práticas exteriores.	Orientada pela emoção, com direção interna.
Autoritária em termos de comportamentos.	Não autoritária.
Doutrina separa bom do mau.	Unificadora, sem orientação doutrinária.

As práticas e as crenças religioso/espirituais podem ou não desenvolver no religioso a vontade de buscar a “espiritualidade”. De igual maneira, pessoas espiritualistas podem ou não se envolver em assuntos religiosos para compreender o sentido que atribuem à espiritualidade em sua experiência de vida (KOENIG, MCCULLOUGH, LARSON, 2001, p.18).

Nota-se um cruzamento entre os aspectos religiosos e espirituais, de forma que a espiritualidade mostra-se como um conceito mais amplo que o termo religião, englobando-o, além de se configurar como a busca última do indivíduo (KOENIG, MCCULLOUGH, LARSON, 2001, p.19).

Conforme Koenig, Mccullough e Larson (2001), 85% da população de “espiritualistas” é composta por pessoas que abraçam uma filosofia religiosa, sendo muito comum, portanto essa população utilizar tais crenças para expressarem sua espiritualidade, o que se tornou necessário definir “religiosidade” e suas expressões de forma separada.

Em primeiro lugar, comprometimento/motivação religiosa é um termo utilizado que conjectura o grau de religiosidade do indivíduo sendo, para Allport e Ross (1967), a religiosidade intrínseca o componente que mostra o quão motivado é o indivíduo para seguir suas crenças. Segundo os autores, esta religiosidade é definida *“como a disposição que a pessoa tem, após abraçar uma crença específica, de se dedicar a esse credo, encontrando na instituição que frequenta sua máxima motivação e comprometimento”*. Mesmo possuindo outros interesses no correspondente sistema religioso, esses se tornam aquém da sua busca principal, que são os objetivos devocionais.

Por outro lado, estes autores definem outro tipo de religiosidade: a extrínseca, fortemente marcada pela inclinação que a pessoa tem de utilizar o sistema de crenças frequentado para fins pessoais senão o religioso. Valores extrínsecos tais como a necessidade de consolo, segurança, distração e de se posicionar na sociedade como “religioso (a)” são utilizados pelas pessoas que fazem uso dessa orientação em suas práticas.

Além da religiosidade intrínseca e extrínseca, outros tipos também merecem destaque. Dentre eles, a organizacional, definida como atividades realizadas em templos, sinagogas, igrejas etc. com objetivo social e a Não-Organizacional por meio de preces privadas (sozinho) (KOENIG; MCCULLOUGH; LARSON, 2001, p.19-20).

Exemplos de preces que podem também ser realizadas no próprio domicílio são as de petição, ou seja, de pedidos a Deus, preces intercessoras, ou seja, dirigidas a alguém, preces de adoração, ou devoção, definida como as preces de agradecimentos para Deus, prece de confissão, além da prece de contemplação, definida como a habilidade do indivíduo ao se

sentar quietamente, “escutar” Deus pela contemplação do belo e a prece meditativa (KOENIG; MCCULLOUGH; LARSON, 2001, p.20).

Outra dimensão que merece destaque é o Bem-Estar Religioso, como dimensão importante na saúde das pessoas. Constitui juntamente com o Existencial (BEEEx), o conceito de Bem-Estar Espiritual (BEE) desenvolvido por Paloutzian e Ellison em 1982. Para estes autores, enquanto que o BER relaciona-se com sentimentos ou com a relação pessoal satisfatória e significativa com Deus, o BEEEx relacionava-se com o Bem-estar geral e com a satisfação na vida.

Ellison (1983) define BEE como:

“Uma sensação de bem-estar que é experimentada quando encontramos um propósito que justifique nosso comprometimento com algo na vida, e esse propósito envolve um significado último para a vida”.

Estudos sobre espiritualidade, religiosidade e suas influências nos mais diferentes aspectos relacionados à saúde fizeram emergir, por parte dos pesquisadores nesta área, a necessidade da conceituação de BEE, a qual surgiu em 1975, após algumas tentativas da *National Interfaith Coalition on Aging* (NICA) (MOBERG, 2002) em desenvolver um consenso acerca da definição que fosse a todos aceitável.

Assim, de acordo com a NICA, o termo BEE ou saúde espiritual é definido como “*a afirmação da vida em um relacionamento com Deus, consigo mesmo, com a comunidade, com o meio ambiente e que nutre e celebra a totalidade*” (MOBERG, 2002).

Os autores Paloutzian e Ellison (1982) desenvolveram a Escala de Bem-Estar Espiritual, constituída de 20 questões. No entanto, Fisher (1999) trouxe outra definição acerca do termo, a qual se segue:

“uma forma dinâmica de estar, que se reflete na qualidade das relações que o indivíduo estabelece em quatro domínios da existência humana, isto é, consigo próprio, com os outros, com o ambiente e com algo ou Alguém que transcende o domínio humano”.

Assim, trabalhos mais recentes como os de Chowdhury e Fernando (2013); Fisher, Francis e Johnson (2000); Moberg (2002); O'Connell e Skevington (2007) já utilizaram esta definição e o questionário de Bem-Estar Espiritual também composto por 20 questões, porém cinco para cada domínio mencionado (consigo próprio, com o outro, com o meio ambiente e com algo ou alguém que transcende o domínio humano).

Nos conceitos de BEE desenvolvidos até o presente momento, a menção às palavras “transcendente”, “Deus”, “energias”, em alguns trabalhos, parece estabelecer uma independência da dimensão religiosa e de suas formas de expressão bem como em alguns casos do componente relativo ao sagrado, frequente nas mais recentes definições de espiritualidade (CHANDLER; HOLDEN; KOLANDER, 1992).

Como a valorização da religiosidade é comum entre espiritualistas, torna-se importante, para profissionais de saúde que trabalham no manejo da dor crônica por afecções musculoesqueléticas, como fisioterapeutas, médicos, enfermeiros dentre outros, a inserção da abordagem religioso/espiritual ao consultar pacientes, avaliá-los e tratá-los (WACHHOLTZ; PARGAMENT, 2005).

Além disso, estudos têm mostrado que a incorporação de crenças e práticas religioso-espirituais de forma positiva no contexto cultural do indivíduo é indicativa de melhor saúde (MOREIRA-ALMEIDA; KOENIG, 2008), haja vista a eficácia da prece e da meditação no contexto da reabilitação de pacientes com dor crônica (HARMON; MYERS, 1999), e que condições crônicas interferem no BEE do indivíduo agindo como preditor de baixo BEE (MARQUES, 2003).

O BEE baixo, por sua vez, remete a sintomas depressivos como a prática do suicídio, apatia e isolamento, bem como à dificuldade de estabelecimento da saúde quando o indivíduo doente, sendo os altos níveis de BEE relacionados a situações opostas (MARQUES, 2003).

Quando as necessidades espirituais não são atendidas, os indivíduos apresentam BEE afetado ficando o plano de tratamento ao doloroso crônico comprometido e tendendo a não ser bem-sucedido (DAVIS, 1995).

O trabalho de Büssing, Balzat e Heusser (2010) visou descobrir por meio da aplicação do questionário de necessidades espirituais quais demandas os pacientes com DCAME possuíam e concluíram ser a paz interior o que estes pacientes mais necessitavam.

É ampla a literatura acerca do BEE. Exemplos de assuntos estudados são as relações entre BEE e transtornos menores (GASTAUD et al., 2006; VOLCAN et al.; 2003) e as relações entre saúde e BEE (MARQUES, 2003, 2009). Em condições potencialmente fatais,

exemplos são os trabalhos de Calvetti et al. (2008) e Hoffman et al. (2006) e que estudaram respectivamente as relações do BEE na população com câncer de mama e em indivíduos vivendo com HIV/AIDS.

Todavia, a temática BEE na população com DCAME ainda é escassa. Alguns citados são Büssing e Koenig (2010); Büssing, Balzat e Heusser (2010); Callahan et al. (2009); Ho et al. (2009); Büssing et al. (2009); Baetz e Bowen (2008); McCauley et al. (2008); Moreira-Almeida e Koenig (2008); Vuckovic et al. (2007); Wachholtz e Pearce (2009); Wardell et al. (2008), o que tornou necessário um estudo sobre as reflexões sobre BEE em uma população com dor crônica não oncológica, a fim de facilitar nosso entendimento sobre os significados de BEE em suas vidas e as formas como o BEE é manifestado por elas, além de nos propiciar conhecimento acerca das causas, do manejo do problema e dos impactos gerados.

1.5 Integralidade, ação do fisioterapeuta e políticas públicas de saúde.

O conceito de BEE despertou na comunidade científica reflexões a respeito da necessidade da integralidade da assistência no contexto de saúde. Para Machado et al. (2007), a integralidade é caracterizada por uma pluralidade de conceitos que levam a uma prática em saúde mais humana e integradora e, por envolver a complexidade do ser e do fazer, mostra-se em um *continuum* processo de construção (RANGEL et al., 2012).

Um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) é o da integralidade que, para ser efetivo na prática, necessita tanto do reconhecimento por parte da equipe de saúde, do homem como um ser integral, ou seja, bio-psíquico-socio-espiritual, quanto da oferta de atendimentos em um sistema de saúde igualmente integral, por meio de ações que visem à promoção, à proteção e à recuperação da saúde (BRASIL, 1990).

Embora a Portaria Nº 971, de 3 de maio de 2006, tenha aprovado a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no sistema único de saúde (BRASIL, 2006) e alguns hospitais possuam esta diversidade de atendimentos (Clínica de Dor do Hospital das Clínicas de Salvador é um deles⁵), as diferentes abordagens de assistência ainda na prática não ocorre na maioria dos hospitais públicos, sendo a fragmentação e a mecanização das ações em saúde, desafios para a assistência à saúde integral no Brasil (MACHADO et al., 2007).

Desta forma, as modificações tais como a reflexão sobre a formação dos profissionais no sentido da atuação conectada aos princípios do SUS (RANGEL et al., 2012) e o efetivo

⁵ Sobre o atendimento oferecido neste Hospital aos doentes com dor crônica ver em Lima e Trad (2008).

trabalho em equipe, diálogo e troca de saberes (MACHADO et al., 2007), tornam-se necessários nos mais variados processos de trabalho em saúde.

É neste contexto que a Fisioterapia se insere. Caracterizada de um modo geral pela formação de profissionais que atuem em níveis secundário e terciário, ou seja, as doenças e suas sequelas (CECCATO et al., 1992), a Fisioterapia é uma profissão de nível superior reconhecida e habilitada à prevenção de doenças, promoção e recuperação da Saúde (SILVA; DA ROS, 2007), o que fica claro no código de ética do Fisioterapeuta (Capítulo III, artigo 4º), cujas diretrizes curriculares propiciam a formação de um profissional voltado à realidade social.

E a atuação deste profissional em nível de atenção primário se torna possível a partir de sua inserção no contexto da saúde coletiva, especialidade da Fisioterapia que possui a função de aproximar o conceito de saúde de outras áreas do conhecimento, como as Ciências Sociais, o que indubitavelmente amplia os olhares do ponto de vista histórico, humano e social sobre as ações de saúde e de como prevenir doenças (SALMÓRIA; CARMARGO, 2008).

Assim, o estado mais próximo de saúde então é obtido através da união de vários saberes aplicados adequadamente para cada indivíduo. De acordo com Silva e Da Ros (2007), cujo trabalho abordou os desafios da inserção de profissionais de Fisioterapia na equipe de saúde da família e no Sistema Único de Saúde, a atuação fisioterapêutica nos três níveis de assistências ainda é um grande desafio.

Após entrevistar enfermeiros, alunas de fisioterapia e professores da Universidade do Sul de Santa Catarina, Silva e Da Ros (2007) destacaram que a Fisioterapia foi uma área da saúde pouco valorizada do ponto de vista de sua atuação nos três níveis de assistência, haja vista que, conforme as alunas entrevistadas, na grade curricular pouco se fala sobre saúde coletiva.

Conforme as enfermeiras entrevistadas, a Fisioterapia é uma ciência defasada neste contexto e não possui crédito quando o assunto é integralidade, embora tenha a profissão respaldo pela formação acadêmica. As duas professoras entrevistadas mostraram seu desconhecimento em relação à verdadeira atuação do fisioterapeuta numa equipe multiprofissional integrada e incentivou a postura ativa do profissional para ganhar espaço nesta área, fundamentando-se a preocupação em relação à formação de novos profissionais da fisioterapia direcionados para a atuação no Programa Saúde da Família/Sistema Único de Saúde/Atenção Básica, que considere esse aspecto (SILVA; DA ROS, 2007).

Assim, a Fisioterapia é uma ciência ainda em construção no tocante à formulação da grade curricular que, em futuro próximo, pode inserir mais adequadamente este profissional a uma equipe multiprofissional integrando conhecimentos acerca das práticas religioso-espirituais das diferentes áreas do saber no cuidado ao indivíduo doente com DCAME.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivos Gerais

Compreender e refletir sobre os significados de Bem-Estar Espiritual (BEE) que permeiam a vivência de mulheres portadoras de dor crônica por afecções musculoesqueléticas (DCAME) e as formas pelas quais o estado de BEE é manifestado por esta população.

2.2 Objetivos Específicos

- Conhecer causas da dor que explicam a percepção do estado de BEE;
- Conhecer formas de alívio da dor bem como de enfrentamento da doença;
- Conhecer impactos causados pela dor e sua repercussão para o BEE.

3. METODOLOGIA

3.1 Delineamento do estudo

Este trabalho, cujo objetivo foi refletir sobre os significados de Bem-Estar Espiritual (BEE) que permearam a vivência de mulheres portadoras de Dor Crônica por Afecções Musculoesqueléticas (DCAME), utilizou-se da abordagem qualitativa, que se originou do pensamento compreensivista, para elaborar uma concepção interpretativa acerca da ação social (WEBER, 1964 *apud* MINAYO, 2010).

De acordo com Minayo (2010), esta abordagem possibilita a compreensão tanto das relações sociais, ou seja, do modo como os indivíduos vivem, o que pensam e o quê e como sentem, quanto do universo de significados, motivos, crenças, aspirações e valores do ser humano.

Conforme Flick (2009), uma pesquisa qualitativa, para possibilitar a construção do conhecimento, foca na consideração e na análise de diferentes pontos de vista, assim como nas reflexões dos pesquisadores acerca de sua própria investigação.

Utilizada de maneira mais abrangente devido à pluralização das esferas da vida e à quantidade de diferenciação de objetos, a abordagem qualitativa, que foi a norteadora deste trabalho, permite o emprego cada vez mais acentuado da estratégia indutiva em trabalhos de cunho compreensivista, já que esta estratégia é a que orienta este tipo de pesquisa (FLICK, 2009).

3.2 Caracterização do local da pesquisa e dos pacientes que o frequentam.

A pesquisa foi realizada na Clínica de Dor do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto (CDHCRP), localizada no 2º andar do referido hospital, corredor cinco, fazendo parte também desta clínica, o Ambulatório de Dor (ADHCRP) situado também no 2º andar.

A CDHCRP possui atendimento de terças e quartas-feiras, sendo no período da manhã, a realização de procedimentos médicos ambulatoriais e as terças à tarde, consultas de casos novos no Ambulatório, sendo realizado também, a partir de 2011, o atendimento fisioterapêutico e psicológico voluntário.

Os procedimentos realizados nesta Clínica são os Bloqueios de Plexo Braquial, (Winnie), Bloqueio Simpático Cervical, também chamado Bloqueio do Gânglio Estrelado (BGE), Bloqueios Venoso Regional (BIER), Bloqueios Peridural Sacral, Bloqueios Peridural Cervical, Bloqueios do Nervo Occipital Modificado, Bloqueios simpático Venoso, também

chamado de Soroterapia, Bloqueios de Nervo Intercostal e Bloqueios de Nervo Periférico. Esporadicamente neste período, são realizadas reavaliações sem agendamento se possível quando pacientes chegam à clínica e as solicitam.

De acordo com as informações contidas nas estatísticas de 03 de Janeiro a 22 de Agosto de 2012, (período esse disponibilizado para consulta), foram realizados 2807 agendamentos para pacientes com dor crônica. O quadro 1 exemplifica os atendimentos entre os sexos.

	HOMENS	MULHERES	TOTAL
JANEIRO			
03/01/2012	-	4	4
11/01/2012	10	14	24
17/01/2012	14	23	37
18/01/2012	12	20	32
24/01/2012	10	16	26
25/01/2012	10	13	23
31/01/2012	16	25	41
TOTAL	83	133	216
FEVEREIRO			
01/02/2012	14	31	45
08/02/2012	19	19	38
14/02/2012	18	25	43
15/02/2012	18	35	53
28/02/2012	23	25	48
29/02/2012	16	38	54
TOTAL	108	173	281
MARÇO			
06/03/2012	23	28	51
07/03/2012	24	29	53
13/03/2012	14	32	46
14/03/2012	19	30	49
20/03/2012	22	29	51
21/03/2012	15	30	45
27/03/2012	15	44	59
28/03/2012	24	35	59
TOTAL	156	257	413
ABRIL			
03/04/2012	19	29	48
04/04/2012	21	31	52
10/04/2012	19	31	50
11/04/2012	22	28	50
17/04/2012	22	32	54
18/04/2012	21	33	54
24/04/2012	19	34	53
25/04/2012	15	37	52
TOTAL	136	277	413
MAIO			
02/05/2012	21	34	55
08/05/2012	6	15	21

09/05/2012	23	41	64
15/05/2012	23	31	54
16/05/2012	20	46	66
22/05/2012	10	38	48
23/05/2012	16	35	51
29/05/2012	14	42	56
30/05/2012	17	35	52
TOTAL	150	317	467
JUNHO			
06/06/2012	18	40	58
12/06/2012	21	35	56
13/06/2012	22	32	54
20/06/2012	11	35	46
26/06/2012	14	34	48
27/06/2012	10	37	47
TOTAL	96	213	309
JULHO			
03/07/2012	10	7	17
04/07/2012	19	42	61
10/07/2012	27	25	52
11/07/2012	14	23	37
17/07/2012	24	18	42
18/07/2012	13	18	31
24/07/2012	13	20	33
25/07/2012	11	18	29
31/07/2012	20	23	43
TOTAL	151	194	345
AGOSTO			
01/08/2012	27	22	49
07/08/2012	9	9	18
08/08/2012	22	37	59
14/08/2012	21	39	60
15/08/2012	30	29	59
21/08/2012	24	34	58
22/08/2012	24	36	60
TOTAL	157	206	363
TOTAL DOS AGENDAMENTOS			
TOTAL	1037	1770	2807

Quadro 1. Número de atendimentos médicos na Clínica de Dor no período de janeiro a Agosto de 2012.

Pôde-se notar, observando o quadro, o número mais baixo de atendimentos nos meses de Janeiro e Fevereiro, quando comparados aos outros meses devido à greve de funcionários contratados no período. A elevada quantidade de prontuários médicos inviabilizou a análise de todos eles e assim foi escolhido para o exame apenas o período do último mês de referência (Agosto).

Neste período, foram agendados 363 procedimentos na Clínica de Dor, porém apenas 163 prontuários foram disponibilizados para consulta, pois o restante estava em uso pela

equipe médica, enfermagem, separado para pré-operatório, retirados devido a óbitos ou foram descartados por serem repetidos.

Destes 163 prontuários disponibilizados, 89 eram mulheres e 74 homens. 14 pacientes foram tratados na Clínica devido à dor oncológica por Câncer de mama, Câncer de próstata, Câncer em cabeça e pescoço, além de metástases ósseas que desencadearam fraturas patológicas e consequente sequelas. Observa-se, desta forma, que grande parte dos atendimentos foi direcionada a pacientes com outros tipos de dor senão oncológica.

De acordo com a responsável pelos atendimentos aos pacientes com dor e em consonância com o trabalho de Teixeira et al. (2001b), a maior parte dos pacientes apresenta-se geralmente na Clínica, em ordem decrescente de procura, com os seguintes quadros clínicos: dor na coluna Lombar (mista, somática ou neuropática), sendo que a de origem somática é a que mais aparece seguida da mista; dor nos membros superiores e coluna cervical, devido à síndrome dolorosa complexa regional e, por último, as dores neuropáticas por neuropatias pós-herpética e diabética.

A partir da análise dos 89 prontuários referentes às mulheres, observou-se que 70 eram de mulheres com DCAME, 11 de mulheres com dor por causas desconhecidas e 8 de mulheres com dor oncológica. Destas oito, seis possuíam idade acima dos 60 anos.

A tabela abaixo mostra a distribuição destes dados conforme afecção e faixa etária.

Tabela 2. Distribuição das afecções encontradas conforme faixa etária.

AFECCÃO	ESTATÍSTICA
DCAME (45-64 ANOS)	40
DCAME (ABAIXO DA FAIXA ETÁRIA*)	20
DCAME (ACIMA DA FAIXA ETÁRIA*)	10
CÂNCER	8
CAUSAS DESCONHECIDAS	11
TOTAL	89

* faixa etária estabelecida de 45 a 64 anos.

De acordo com a tabela, a frequência da DCAME foi maior na faixa etária de 45 a 64 anos, o que corrobora com a literatura pesquisada (KRELING et al., 2006; TEIXEIRA et al., 2001a; VERHAAK et al., 1998). Além disso, observou-se também maior prevalência de câncer em mulheres com idade acima de 60, o que também corrobora com a literatura (TEIXEIRA et al., 2001b). Assim, a faixa etária de 45 a 64 anos, foi apontada como a mais indicada para a captação de informações a respeito do Bem-estar Espiritual (BEE) em mulheres com DCAME.

3.3 Aspectos éticos

A presente pesquisa foi conduzida, desde a organização do projeto até a coleta de dados propriamente dita, de acordo com as normatizações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), traduzidas na resolução n. 196 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), o que também se encontra de acordo com a resolução 466 de 2012.

Desta forma, o projeto foi enviado ao Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, em Maio de 2011, o qual foi aprovado em Outubro do mesmo ano, sob processo HCRP n° 8988/2011 (ANEXO A).

Assim que o projeto foi aprovado, deu-se início ao teste piloto na Clínica de Dor em Novembro e Dezembro de 2011, onde as pacientes com dor foram informadas sobre o projeto e de sua participação voluntária.

Após exame de qualificação e dos ajustes necessários decorrentes desta fase, deu-se início à coleta de dados. As pacientes da Clínica, que concordaram em participar do estudo, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para a Participação em Pesquisa Científica (TCLE) (Apêndice A), o qual garantiu a elas o anonimato (representação de seus nomes por letras) e o sigilo dos resultados, que foram utilizados apenas para fins de pesquisa científica.

3.4 Coleta de dados

3.4.1 Contato inicial: entrada no campo

Durante a elaboração do projeto, realizou-se um contato presencial com a profissional responsável pela Clínica de dor do HCRP-USP, com a comunicação de intenção em desenvolver uma pesquisa com pacientes desta Clínica por parte da pesquisadora. Além disso, foi explicado à profissional responsável os objetivos e a metodologia da mesma.

Permitida a pesquisa, assim que esta foi aprovada no CEP-HCRP, a carta de aprovação do Comitê foi encaminhada aos cuidados da coordenadora da Clínica para que uma cópia deste documento pudesse ser arquivada e permitisse formalmente participação da pesquisadora da presente pesquisa no local.

A princípio, a entrada no campo iniciou-se com a apresentação da pesquisadora às escriturárias responsáveis no período da manhã pelos prontuários e encaminhamentos de casos novos, assim como às enfermeiras chefes, auxiliares de enfermagem, fisioterapeutas e médicos do local.

Embora tenha sido observado estranhamento por parte da equipe de enfermagem e certa impaciência em explicarem a rotina do serviço, de forma geral, houve bastante aceitação para a realização da pesquisa, sendo que as enfermeiras se preocuparam em arrumar no mesmo espaço uma sala adequada e silenciosa que não fosse do uso corriqueiro de profissionais de saúde ou outros ali presentes naquele período para a realização do teste piloto.

O ambiente de coleta esteve tranquilo em grande parte dos dias frequentados, possibilitando a concentração para a leitura de prontuários e a seleção das entrevistadas. Em adição, a pesquisadora obteve atenção e esclarecimentos necessários sobre as dúvidas que surgiram durante o período em que a coleta de dados foi realizada.

3.4.2 Seleção dos sujeitos da pesquisa

O atendimento oferecido na Clínica de dor do HCRP é destinado a pacientes com enfermidades oncológicas e não oncológicas, porém nesta pesquisa, o objeto de investigação foram as mulheres com DCAME.

As pacientes que tinham DCAME identificada no prontuário médico por um período de três a seis meses ou mais (IASP, 1986), idade entre 45-64 e que aceitassem participar da pesquisa assinando o TCLEPPC foram recrutadas.

As co-morbidades (doenças crônicas) como diabetes, hipertensão arterial, dentre outras, foram permitidas, exceto doenças potencialmente fatais como câncer, HIV ou outras, pois nestas populações nota-se uma busca espiritual exacerbada, trazendo os pacientes uma grande demanda de necessidades espirituais, já que a terminalidade faz despertar naquele que vivencia tal experiência, questões sobre a finitude da vida, sobre a religião e religiosidade e sobre questões existenciais (BÜSSING et al., 2008; BÜSSING; BALZAT; HEUSSER, 2009; HEBERT et al., 2009; NAIRN; MERLUZZI, 2003; PERES et al., 2007; PHELPS et al., 2009; ROSS et al., 2009; THUNE-BOYLE et al., 2006).

Tendo em vista os possíveis fatores de confusão, tomaram-se neste trabalho dois cuidados: o de coletar dados de uma população homogênea, da faixa etária em que a dor fosse mais frequente e em que a incidência de doenças potencialmente fatais fosse menor, a fim de não trazer à tona questões espirituais devido ao envelhecimento e à finitude da vida e sim devido ao quadro clínico de DCAME (PERES et al., 2007).

Com o exame de qualificação e os ajustes necessários no roteiro de entrevista, iniciou-se a coleta de dados em Julho de 2012, a qual se estendeu até outubro do mesmo ano, sendo realizada em média 1 a 2 entrevistas completas por semana.

A coleta foi realizada as terças e às quartas-feiras no período da manhã, iniciada primeiramente com a leitura do prontuário para identificação do paciente (sexo, enfermidade, idade) e se esse possuía alguma doença potencialmente fatal que inviabilizasse sua seleção.

Após leitura, a paciente que atendeu aos critérios de seleção, foi direcionada a uma sala para receber explicações sobre a pesquisa e seus objetivos, a fim de esclarecer possíveis dúvidas com relação aos mesmos. Caso a paciente, após convite, aceitasse a participação, assinando o TCLE, seria direcionada a sala disponibilizada pela equipe para o início da entrevista que foi realizada no mesmo dia evitando assim transtornos com relação ao retorno médico.

A paciente sempre foi convidada antes do procedimento médico, pois conforme a equipe de enfermagem, os pacientes sentem desconforto, cansaço e necessitam de repouso após a medicação. Mesmo este convite ter sido feito antes do procedimento médico, 7 entrevistadas não conseguiram finalizar a entrevista por conta da sensação dolorosa forte com a permanência sentada por um tempo prolongado e outras três foram chamadas para receberem o procedimento médico antes do término previsto para a entrevista o que acarretou em aumento do tempo de coleta dos dados e descarte destas possíveis coletas.

A seleção dos sujeitos constituiu, portanto um caso de amostra não probabilística, sendo o método utilizado o de amostragem por conveniência, método este que possui vantagens tais como o custo baixo, a rapidez para ser realizada e a praticidade, por serem recrutados pacientes já dentro de um serviço de saúde. Essa amostragem pôde ser usada com sucesso para identificar aspectos críticos da subjetividade das entrevistadas (MINAYO, 2010).

Os sujeitos foram entrevistados individualmente e após cada entrevista feita, os dados eram transcritos na íntegra, sendo o processo de coleta e de interpretação feito continuamente, a cada entrevista, para a observação da saturação dos dados (FONTANELLA et al., 2008; MINAYO, 2010).

Este processo de saturação é caracterizado pela repetição de informações oriundas das entrevistadas após entrevista, sendo que não mais informações seriam acrescentadas à pesquisa, que de fato pudessem contribuir para o aperfeiçoamento das reflexões teóricas fundamentadas nos dados que foram coletados (DENZIN; LINCON, 2003). Assim, observou-

se a saturação dos dados entendida pelo pesquisador como suficiência de dados para a análise e interpretação de dados finais (FONTANELLA et al., 2008; MINAYO, 2010).

No momento em que coleta de dados, seguida de transcrição da entrevista, análises preliminares e interpretação inicial eram feitas de forma contínua e pôde-se observar a saturação, a coleta foi interrompida, pois o universo de informações já era amplo o suficiente para a exploração em profundidade (DENZIN; LINCON, 2003; FONTANELLA et al., 2008; MINAYO, 2010).

A literatura não evidencia um número fixo de sujeitos a ser entrevistados para se atingir a saturação dos dados, o que depende da pesquisa que está sendo feita. Um exemplo foi o trabalho de Augusto et al. (2008) cuja saturação deu-se em 14 indivíduos e o de Lima e Trad (2007) com saturação dos dados em 16 sujeitos. Em nossa pesquisa, a saturação ocorreu a partir da análise dos dados fornecidos por 11 sujeitos.

3.4.3 Caracterização da amostra

As 11 mulheres selecionadas residem nas seguintes cidades: Caldas, São Joaquim da Barra, Santa Rita do Passa Quatro, Franca, três em Ribeirão Preto, Pitangueiras, Jaú, Sales de Oliveira e Jurupema e realizam tratamento na Clínica de Dor há pelo menos 1 ano.

Grande parte das entrevistadas (8) relatou etnia branca, duas a etnia negra e uma parda.

Quanto ao estado civil, três eram divorciadas, duas estavam separadas, duas eram viúvas e quatro estavam casadas no momento da coleta dos dados.

A maioria das entrevistadas (8) estava afastada de seus trabalhos relatando incapacidades físicas para exercê-los. Três, embora relatassem dificuldades para trabalhar, continuaram exercendo suas profissões, porém com adaptações com relação à carga horária e ao tipo de trabalho executado.

Quanto à escolaridade, seis possuíam ensino fundamental incompleto e apenas uma o ensino fundamental completo. Três sujeitos relataram ensino médio completo e uma entrevistada embora soubesse ler e escrever, disse não ter frequentado à escola.

Com relação à renda em salários mínimos, sete entrevistadas ganhavam de um a três salários, duas de três a cinco salários mínimos e duas até um salário mínimo.

Os dados socioeconômicos e demográficos das onze (11) mulheres entrevistadas neste estudo estão no quadro a seguir:

E	I	Et	EC	Es	Nf	AO	RMM	AD
A	53	Branca	Divorciada	Analfabeta	2	Afastada	1-3 salários	Amasiada
B	57	Branca	Divorciada	3º ano primário	4	Afastada	1 a 3 salários	-
C	61	Branca	Casada	2º ano primário	3	Afastada	1-3 salários	-
D	51	Parda	Separada	Ens. Médio comp.	2	Cuidadora	1-3 salários	-
E	58	Negra	Casada	Ens. Médio comp.	2	Depiladora	3 a 5 salários	-
F	55	Negra	Separada	2º ano primário	4	Cozinheira	1 salário	-
G	57	Branca	Viúva	4ª série	1	Afastada	1-3 salários	Amasiada
H	52	Branca	Casada	8ª série	3	Afastada	3 a 5 salários	-
I	45	Branca	Divorciada	Ens. Médio comp.	2	Diarista	1-3 salários	-
J	59	Branca	Viúva	1ª série	5	Afastada	1 salário	Amasiada
L	57	Branca	Casada	4ª série ens. fund	2	Afastada	1-3 salários	-

I= Idade; Et= etnia; EC= estado civil; Es= escolaridade NF= nº filhos; OA= ocupação atual; RMM= renda média mensal; AD= arranjo domiciliar, ens = ensino; fund = fundamental; comp = completo.

Quadro 2. Caracterização dos participantes selecionados para a pesquisa.

Com relação à religião, as afiliações Catolicismo, Espiritismo, Budismo e Religião Evangélica foram as relatadas pelos sujeitos da pesquisa conforme tabela abaixo. Todas as entrevistadas disseram acreditar em Deus, sendo apenas a voluntária cuja religião é o budismo relatou o Gohonzon⁶, o Deus para ela.

As entrevistadas que possuíam funções de ajuda nas respectivas instituições religiosas (3) manifestaram assiduidade aos trabalhos desempenhados, bem como as que participavam de cultos, missas ou templos (5) com o intuito de receberem orientações. Frequentaram o estabelecimento no mínimo uma e, no máximo, quatro vezes na semana.

Uma entrevistada católica manifestou não frequentar a instituição religiosa. Outra católica bem como uma evangélica frequenta a instituição raramente, portanto não desempenhavam funções específicas na igreja católica e nem em outras entidades. Não praticavam, portanto a Religiosidade Organizacional (KOENIG; MCCULLOUGH; LARSON, 2001, p.20).

Os dados manifestados pelas entrevistadas apontam que o simples fato de dizer “católico” ou “evangélico” pouco informa o grau de religiosidade do indivíduo. A frequência

⁶ Na tradição budista, Gohonzon é o supremo objeto de devoção, espécie de entidade espiritual cuja importância assemelha-se ao Deus para os ocidentais. Mais informações sobre esta nomenclatura ver em Silva (2007).

religiosa e o trabalho executado na instituição parecem ser um divisor de águas entre a religiosidade intrínseca e a extrínseca, sendo as entrevistadas que frequentam a instituição desempenhando papéis de organização e elaboração de palestras mais propícias a desenvolverem uma religiosidade intrínseca do que as entrevistadas que vão à igreja apenas para assistir à missa ou culto (KOENIG; MCCULLOUGH; LARSON, 2001, p.21).

O Quadro 3 abaixo sintetiza estes dados.

	Religião	Frq. Religiosa	Função
A	Católica	1 vez semana	Assistir missa
B	Católica	-	-
C	Evangélica	2 a 4 vezes /semana	Assistir ao culto; participação em grupos de orações; organiza o culto.
D	Espírita	3 a 4 vezes/semana	Estudos e palestrante em centro espírita.
E	Católica	1 vez por semana	Assistir à missa. (já participou).
F	Budista	2 vezes por semana	Recebe orientações.
G	Espiritismo	1 vez/semana	Receber os passes.
H	Evangélica	1 vez/ mês	Assistir ao culto
I	Evangélica	1 vez/ semana	Assistir ao culto
J	Católica	3 vezes/semana	Dá aulas de catecismo
L	Católica não praticante	Rara	-

Quadro 3. Descrição da religião frequentada, sua frequência e funções desempenhadas na instituição religiosa pelas entrevistadas.

3.5 Roteiro de entrevista semiestruturada

Como instrumento para a coleta de dados, utilizou-se da entrevista semiestruturada, também denominada semiaberta, uma modalidade que tem sua origem em um roteiro de questões-guia (TRIVIÑOS, 1990).

O roteiro norteador desta entrevista foi iniciado por questões amplas, gerais e, ao ser aplicado durante o processo, questões mais específicas que permitiriam ao entrevistado discorrer abertamente sobre o tema proposto, puderam ser inseridas. Perguntas que induziam o surgimento de respostas dicotômicas, do tipo sim ou não, foram evitadas em nosso trabalho (DUARTE; BARROS, 2006).

Esta modalidade permitiu a introdução de questões guia no roteiro de entrevista para a exploração da temática sobre BEE em sua profundidade à medida que a entrevistada explanou suas ideias. O roteiro se inicia normalmente por uma lista de questões norteadoras, de não mais que seis questões amplas e, ao final, torna-se um pouco modificado (DUARTE; BARROS, 2006).

Este tipo de roteiro conjuga a flexibilidade de questões amplamente abertas com o controle das entrevistas fechadas. O pesquisador inicia a primeira pergunta e busca esgotar a resposta de tal questão. Quando finalizada as possibilidades de respostas, inicia a segunda questão e assim por diante. Este tipo de profundidade auxilia a formação de temas na análise dos dados (DUARTE; BARROS, 2006).

O roteiro deste trabalho iniciou-se com perguntas de identificação (nome, data de nascimento, religião, nacionalidade, endereço, telefone, renda familiar, escolaridade, estado civil, etnia, ocupação/profissão) e, em seguida deu-se as questões abertas sobre conceitos de bem-estar e bem-estar espiritual, sobre saúde, dor e significados, questões sobre Deus e a relação com a dor vivenciada, formas de manifestação do bem-estar espiritual e sobre buscas de tratamentos alternativos e a causa da dor. O processo de entrevista resultou no roteiro anexado (Apêndice B).

3.6 Processo de entrevista

A entrevista propriamente dita possui algumas particularidades seja ela aberta, fechada ou semiestruturada para que uma coleta de dados de qualidade seja então ofertada para a análise. Neste trabalho, foi seguida a orientação de Bordieu (1999).

Ao iniciar a entrevista, primeiramente o olhar atento ao sujeito demonstra confiança e segurança por parte do entrevistador. Estes requisitos são necessários para que o entrevistado possa se “abrir” e querer dizer suas ideias, percepções, crenças a respeito do tema proposto e também para que o entrevistador observe tensões no corpo, expressões de medo, insegurança ou outros sentimentos demonstrados pela expressão e posicionamento corporais (BORDIEU, 1999).

Além disso, uma boa entrevista só é realizada se o “saber ouvir” for respeitado. Permitir que o entrevistado falasse tudo o que pensa em relação à questão, sem cortes ou interrupções da parte do entrevistador, foi essencial para a coleta de todas as informações possíveis. Contudo, o entrevistador deve possuir habilidade para direcionar a entrevista, caso o entrevistado tenha “fugido” do tema, falando demasiadamente sobre questões não pertinentes à pesquisa ou ainda tenha dificuldades de se aprofundar nelas (BORDIEU, 1999).

O próximo passo para uma boa entrevista é o respeitar o silêncio, pausas, choros por parte do entrevistado, pois estas pausas são necessárias para a reflexão do que o mesmo disse, sendo de suma importância que o entrevistador evite falar nestes momentos, a fim de auxiliar o sujeito em suas reflexões (BORDIEU, 1999).

Além disso, as pausas falam e transmitem informações valiosas para a análise, uma vez que, no momento da pausa, houve reflexão do entrevistado de algo que, com certeza, foi muito importante e significativo para ele (BORDIEU, 1999).

Outro fator importante é a empatia que, segundo Eisenberg e Strayer (1987), é definida como “*uma resposta emocional que deriva da percepção do estado ou condição de outra pessoa, sendo congruente com essa situação*”.

Assim, interpreta-se empatia como assumir sentimentalmente o papel que o outro desempenha na sociedade para compreender os motivos reais de suas aflições, dúvidas, questionamentos, crenças, etc. A empatia gera interesse em conhecer ou explorar o que o outro fala e essa habilidade é importante para que as questões sejam abordadas e exploradas em sua profundidade.

Uma entrevista não tem tempo determinado para se terminar, encerrando-se normalmente quando se esgota o assunto. Neste trabalho, a entrevista mais longa durou 57 minutos com média de 42 minutos em todas as entrevistas e todas elas foram gravadas em um aparelho de MP3 e transcritas na íntegra para o início da análise dos dados.

3.7 Análise dos dados

A análise dos dados oriundos das entrevistas foi feita por meio da Análise de Conteúdo (AC) de Bardin (1977), sendo que, dentre as técnicas de AC, foi utilizada a análise temática.

3.7.1 Análise de Conteúdo

A análise de conteúdo (AC) é um método das ciências humanas e sociais para o tratamento dos dados de uma pesquisa qualitativa. Visa à investigação de fenômenos simbólicos presentes no discurso manifesto dos indivíduos por meio de várias técnicas de pesquisa (DUARTE; BARROS, 2006), sendo que, por detrás do discurso comumente simbólico (utilização de símbolos para expressar o que pensam e sentem) e polissêmico (com utilização de palavras com duplo sentido), camufla-se um sentido, um conteúdo latente que convém desvendar (BARDIN, 1977, p.27-31).

A AC vem sendo utilizada desde o início do século XVIII. Porém, só no início do século XX, nos Estados Unidos da América (EUA), com a Primeira Guerra Mundial é que a AC tornou-se prática regular com a vinda do jornalismo sensacionalista para a análise de propagandas e de material de imprensa de origem nazista (BARDIN, 1977, p.15-22).

Esta análise tem suas raízes no positivismo de Augusto Comte (1798-1857), corrente de pensamento que enfatiza a importância das ciências exatas como paradigma de cientificidade. No início do século XX, eram valorizadas as análises que pudessem ser quantificadas para serem reproduzidas tendo, portanto a AC, sua origem na objetividade que os números e as medidas oferecem (BARDIN, 1977, p.21-24; MINAYO, 2010).

Técnicas como a regularidade das falas e a análise léxica eram utilizadas com frequência, até mesmo nas formulações de teorias sobre a vida social, devendo estas ser fundadas em bases de dados verificáveis (BARDIN, 1977, p.21-24). A partir de 1940, investigadores americanos fazem uso das comunicações provenientes da Segunda Guerra Mundial, as quais se tornam o material para a AC, para o desvendamento de propagandas perturbadoras ou de caráter nazista (BARDIN, 1977, p.21-24) e em 1952, Bernard Berelson (1952, p.18), um dos primeiros teóricos da AC, formula uma definição clássica, baseada na corrente positivista, a qual se segue “É uma técnica de pesquisa para a descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto das comunicações e tendo por fim interpretá-los”.

Outros nomes importantes na elaboração e criação da AC são Lazarsfeld e Lasswell, que juntamente com Bernard Berelson, enfatizaram o ponto de vista positivista da objetividade e rigor científico deste tipo de análise (BARDIN, 1979; DUARTE; BARROS, 2006; MINAYO, 2010).

Após a Segunda Guerra Mundial, mais precisamente entre 1950-1960, a análise de conteúdo se espalha em outros países e com a importância dos estudos da Antropologia, Psicologia e da Sociologia, entra em decadência a forma de condução da análise de conteúdo que, até aquele momento, esteve em vigor (BARDIN, 1977, p.19-22; MINAYO, 2010).

Ressurge e ganha forças em uma forma subjetiva, com a valorização da intuição e da busca dos sentidos das falas para a compreensão dos conteúdos latentes, pois mais importante do que o conteúdo manifesto é o que este representa quando levado em consideração o contexto e as circunstâncias em que está inserido (MINAYO, 2010).

Bardin (1977, p.42) define a AC como:

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

Tanto uma como outra abordagem visam a ultrapassar o plano do senso comum e do subjetivismo na interpretação objetivando uma prudência na análise (MINAYO, 2010).

Na primeira metade do século XX, o que imperava era o rigor matemático como medida de cientificidade. Após, foi compreendido que mais importante do que o rigor utilizado para a análise dos dados era o processo de inferência, independente se utilizava variáveis quantitativas ou não.

Assim, dependendo do intuito da pesquisa e do pesquisador, as abordagens quantitativa ou qualitativa da análise de conteúdo podem ser utilizadas uma vez que a AC oscila entre estes dois polos: o rigor da suposta objetividade dos números e a fecundidade da subjetividade.

Nesta pesquisa, o objetivo foi estudar em profundidade as entrevistas oriundas da coleta de dados; assim focou-se na abordagem qualitativa da análise de conteúdo para se alcançar a inferência.

3.7.2 Análise Temática

A Análise Temática (AT) é a técnica mais antiga e a mais utilizada da AC. Esta técnica tem por objetivo facilitar a descoberta de núcleos de sentido ou componentes de significação no meio das falas do sujeito cuja presença ou frequência seja importante para o objeto de análise (BARDIN, 1979).

Para Bardin (1977, p.105), “o tema é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura”.

Conforme Berelson *apud* Bardin (1977, p.105):

O tema é como uma afirmação acerca de um assunto. Quer dizer, uma frase ou uma frase composta habitualmente, um resumo ou uma frase condensada, por influência da qual pode ser afetado um vasto conjunto de formulações singulares.

A AT é operacionalizada em três etapas, sendo a primeira constituída por uma pré-análise onde a leitura flutuante exaustiva, a constituição do corpus e a formulação e a reformulação de hipóteses e dos objetivos são feitos, além da escolha da modalidade de

codificação e a forma de categorização para possibilitar a descrição do fenômeno estudado (BARDIN, 1977).

A segunda etapa consiste na exploração do material. Visa encontrar o núcleo de compreensão do texto por meio das categorias que são “*expressões ou palavras significativas em função do qual o conteúdo de uma fala será organizado*”. Nesta fase, foram necessários, por parte do pesquisador, o estranhamento dos assuntos trazidos, a observação de possíveis conflitos de interesse e a empatia para que a interpretação pudesse ser conduzida (BARDIN, 1977, p.103-126).

Na terceira etapa, o pesquisador propõe inferências, realiza interpretações acerca do material, inter-relacionando-o com o quadro teórico já desenhado (BARDIN, 1977, p.133-136).

3.7.2.1 Etapas

a) Pré-análise: Organização do material para a análise dos dados

O início propriamente dito da análise dos dados deu-se a cada transcrição de entrevista com uma leitura superficial antes mesmo do término da coleta dos dados. Este processo, além de embasar o pesquisador para a coleta de dados adicionais e para a determinação sobre quais casos devam ser escolhidos a seguir, permitiu observar o início da saturação dos dados (MINAYO, 2010; FLICK, 2009).

Tão logo todas as entrevistas tinham sido transcritas pela pesquisadora, iniciou-se uma pré-análise, com a leitura flutuante e exaustiva, como um primeiro contato mais aprofundado com os documentos a serem analisados. O objetivo desta fase foi conhecer o texto deixando-se invadir e impregnar-se de impressões e orientações (DUARTE; BARROS, 2006; FLICK, 2009; MINAYO, 2010).

Logo em seguida, a constituição do corpus da pesquisa, ou seja, a seleção dos documentos a serem submetidos para a análise pôde ser obtida, uma vez que a leitura flutuante permitiu a apreensão de dados significativos dentre todos os relatados pelas entrevistadas. De acordo com a regra da exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência, o *corpus* pôde ser constituído (BARDIN, 1977).

b) Exploração do material: Codificação

Após a constituição do *corpus*, iniciou-se o processo de codificação que pode ser definido por Duarte e Barros (2006, p. 294) como “processo de transformação dos dados

brutos de forma sistemática, segundo regras de enumeração, agregação e classificação, visando esclarecer o analista sobre as características do material selecionado”.

A codificação é uma parte importante da análise dos dados; permite o elo entre o material selecionado com a teoria, pois a análise de conteúdo o interpreta à luz do referencial de codificação (BARDIN, 1977, p.103-116).

Códigos ou unidades de registro são partes de uma mensagem estabelecida anteriormente na constituição do corpus, podendo ser uma palavra ou até mesmo uma frase que expliquem o trecho (BARDIN, 1977, p.103-116). Estes auxiliam a formação das categorias e, por sua vez, dos temas. Neste trabalho, o processo de codificação foi feito por meio do uso do computador, selecionando trechos do material coletado e as unidades de registro (BARDIN, 1977, p.103-116).

As unidades de registro (códigos) para serem compreendidas neste trabalho foram retiradas das unidades de contexto, ou seja, o contexto mais amplo quer seja o parágrafo quer seja a frase a qual aquela unidade de registro (código) fez parte.

c) Exploração do material: Categorização

A categorização é “uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o gênero (analogia) com critérios previamente estabelecidos” (BARDIN, p. 117, 1977).

Tem por objetivo fornecer uma representação simplificada dos dados brutos, ou seja, condensar determinadas unidades de registros em torno de uma categoria específica, definida como rubricas ou classes, as quais reúnem um grupo de elementos comuns sob um título genérico (BARDIN, p. 117, 1977).

Como mostrado acima, foi possível evidenciar diferentes códigos que foram agregados em categorias, onde unidades de registro de igual significado foram colocadas numa mesma categoria e por sua vez, categorias semelhantes entre si colocadas em um mesmo tema (BARDIN, p. 117, 1977).

Os temas que surgiram nesta pesquisa foram: 1. Significados e manifestações do BEE; 2. Modelos explicativos para causa da dor; 3. Formas de manejo da doença e 4. Impactos da DCAME para o BEE.

d) Interpretação: Inferência

O objetivo final da análise de conteúdo é a inferência, ou também chamada de dedução lógica. Inferência é descobrir o que está por trás das falas, enunciados, mensagens muitas vezes tão corriqueiras ao nosso vocabulário e ao nosso cotidiano (BARDIN, 1977, p.133-141).

Este processo é o “questionar-se” sobre os motivos pelos quais o indivíduo disse aquela frase ou aquela palavra (para descobrir as causas ou antecedentes) e se interrogar sobre as consequências que uma determinada frase vai ou pode provavelmente provocar naquele que lê (BARDIN, 1977, p.133-141).

É ainda ter conhecimento amplo sobre aquele que fala (a voluntária com DCAME) e para quem fala (a pesquisadora), qual a procedência do emissor, quais as intenções que estão por trás das mensagens que os sujeitos trouxeram (BARDIN, 1977, p.133-141).

Neste processo foi necessária a habilidade minuciosa de interpretação de textos, o conhecimento aprofundado acerca do referencial teórico, além da integração constante do objetivo da pesquisa com os achados do material coletado.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com a categorização realizada após a leitura das entrevistas, foi possível identificar quatro grandes temas. O primeiro deles diz respeito aos significados e às formas de manifestação do Bem-Estar Espiritual (BEE) na vida das entrevistadas. O segundo traz causas da Dor Crônica por Afecção Musculoesquelética (DCAME) que possam contribuir na explicação da percepção de BEE. O terceiro mostra formas de alívio e do manejo do problema e o quarto faz menção aos impactos causados pela DCAME nestas entrevistadas no tocante ao BEE.

Para Melzack e Wall (1991), a própria experiência dolorosa, a forma como é comunicada aos outros e seu manejo são influenciados tanto pelos hábitos, costumes e crenças trazidos pela cultura como pela capacidade do indivíduo de entender as causas e as consequências dessa experiência.

Desta forma, compreender as causas, os impactos e as formas de manejo da DCAME possibilitou-nos refletir melhor sobre os significados de BEE nesta população.

4.1 Significados e manifestações do BEE

Para melhor compreender os significados atribuídos ao BEE pelas entrevistadas, o primeiro tema, que aborda estes aspectos, foi subdividido em quatro subcategorias: 1. BEE é o bom relacionamento com Deus, consigo mesmo e com o outro; 2. BEE é a confiança, a fé, a esperança e a prece; 3. BEE é o conforto físico, a simplicidade de ser saudável e a vida e 4. BEE é a ocupação: lazer, trabalho e auxílio familiar.

Para a apreensão dos conteúdos trazidos neste tema, entende-se que os significados manifestados pelas entrevistadas são a exteriorização de suas visões de mundo adquiridas a partir da assimilação e vivência de costumes, crenças e hábitos (PIMENTA; PORTNOI, 1999; WACHHOLTZ; PEARCE, 2009).

4.1.1 BEE é o bom relacionamento com Deus, consigo mesmo e com o outro.

Neste trabalho, cinco entrevistadas manifestaram ser o bom relacionamento com Deus, consigo mesmo e com o outro, fatores primordiais que dão significado ao termo BEE, o que corrobora com os achados de Goodloe e Arreola (1992); Hawks (1994); Hood-Morris, (1996) e Young (1984).

No entanto, o BEE é um conceito complexo e, por ser recentemente abordado em pesquisas sobre saúde, ainda não foi totalmente aceito e compreendido pela comunidade

científica (FISHER; FRANCIS; JOHNSON, 2000; GOODLOE; ARREOLA, 1992; MOBERG; 2002, 2008; O'CONNELL; SKEVINGTON, 2007; PALOUTZIAN; ELLISON, 1982; WESTGATE, 1996).

Para a entrevistada “b”, BEE é um estado de suma importância para si, alcançado por meio da crença no divino (fé religiosa individual) que inclui o bom relacionamento mencionado acima, o qual desperta a vontade de viver e possibilita a manifestação da vida e a promoção de sua saúde.

Essa vontade funcionou como preditor de elevado BEE no trabalho de Marques (2003). Seu estudo que teve como proposta investigar a inter-relação entre o BEE e a saúde geral de 506 indivíduos saudáveis trouxe evidências estatísticas de correlação positiva significativa entre saúde e bem-estar espiritual, reforçando os olhares para a inclusão da dimensão espiritual na concepção de saúde (promoção da saúde e prevenção de doenças), com integração às dimensões biológica, psicológica e social.

Os relatos das entrevistadas “b”, “c” e “f” abaixo, sintetizam o exposto pelas demais e foram transcritos na íntegra para a incorporação fidedigna do universo sociocultural das mesmas.

Bem-estar espiritual? Primeiramente a gente tem que tá de bem com a gente mesmo, com a gente mesmo e de bem com Deus. Mas eu não ando de bem comigo (...). É Deus né, a gente precisa é, grande importância na vida da gente, por mais difícil que a vida esteja (sic), a gente não pode tirar a mão de Deus porque se a gente se afastar e se a gente perder a fé, Nossa Senhora. É, é muito importante, se não tiver isso não tem vida (b).

Ah, é eu estar em paz com Deus, em paz com Deus, comigo mesmo, com os que estão em volta de mim. Eu acho que é um bem-estar espiritual (c).

Bem-espiritual é assim, por exemplo, assim, é eu estar bem comigo e com os deuses (f).

Para Koenig, George e Siegler (1988), a religiosidade é também considerada uma fonte de significado pessoal de BEE, uma vez que o enfrentamento religioso-espiritual foi utilizado com sucesso por 45% das 100 pessoas entrevistadas sobre o uso da religião em idosos com dor.

A entrevistada “b” relatou ser católica e embora não frequentasse a instituição, atribuiu à prática da Religiosidade Não-Organizacional (preces em domicílio) (KOENIG; MCCULLOUGH; LARSON, 2001, p.19-20) e do bem-estar que esta lhe promove, o significado que BEE tem em sua vida.

Embora ainda não haja um consenso do como a espiritualidade/religiosidade influencia a saúde do indivíduo, o trabalho de Koenig (2004) evidenciou que a valorização deste aspecto diminui os níveis de estresse e aumenta o suporte social quando da religiosidade Organizacional. Koenig, McCullough e Larson (2001, p.114) explica que práticas religioso-espirituais sérias e frequentes estão associadas com um sistema imunológico mais saudável, com comportamentos mais benéficos como o hábito de não fumar e o de praticar exercícios físicos com mais frequência e assim com o aumento da sobrevida do indivíduo (KOENIG; MCCULLOUGH; LARSON, 2001, p.114).

No entanto, as definições mais atuais acerca do termo BEE por Chandler, Holden e Kolander (1992), assim como o trabalho de Volcan *et al.* (2002) e o de Marques (2003) definem-no de forma independente da dimensão religiosa e da menção ao sagrado.

Marques (2003), por exemplo, fez uso da Escala de Paulotzian e Ellison (1982) em sua pesquisa e levantou evidências de que a dimensão existencial era a mais importante para a aquisição de saúde geral do que a religiosa mostrando que a espiritualidade de alguma forma influencia a saúde pelo aspecto existencial do BEE e não pelo religioso. Esse argumento foi possível pelo fato de que as pessoas que tiveram alto bem-estar existencial eram as que possuíam uma percepção melhor de sua saúde.

Uma explicação plausível para isso é a de acordo com a entrevistada “f”. Para ela, a religião possibilita dar significado ao BEE quando facilita a transformação do indivíduo. Como a parte espiritual do ser humano, conforme a entrevistada, é aquela que busca o entendimento sobre a vida, o conhecimento espiritual adquirido torna-se o recurso que viabiliza tal mudança e possibilita a expressão do BEE com consequente influência sobre a saúde.

Assim, de acordo com esta entrevistada, o BEE é a própria paz espiritual, um processo dinâmico e instável decorrente da mudança interior. Para ela, esta mudança interior, por sua

vez, pode desenvolver, dentre outras transformações, a mudança de comportamento, exemplo é a aceitação das dificuldades que a vida lhe impõe bem como a compreensão e aceitação acerca do processo natural que é o viver (nascer, crescer, envelhecer).

(...) Por exemplo, a religião tem que fazer transformação né? Porque que você vai viver uma pessoa assim revoltada, uma pessoa com vergonha? Uma pessoa assim... entendeu? Não! A religião tem que nos transformar né? Por exemplo, assim, nós nascemos, crescemos e envelhecemos. Temos as doenças, tudo faz parte do, do, da vida do ser humano, entendeu? Então tá aí né? (f).

Uma complementação do argumento da entrevistada anterior é o identificado pela entrevistada “i”. Esta entrevistada manifestou que o estado de BEE presente é caracterizado pela compreensão da vida e de suas atribulações e é o que possibilita o bem-estar consigo mesmo que, por conseguinte, possibilita-lhe enxergar a vida de uma forma diferente, para melhor, com menos estresse. Para ela, BEE é a dimensão primordial em saúde atuando como pré-requisito para a conquista, por exemplo, do bem-estar no convívio social.

O trecho abaixo elucida:

Eu acho que a gente tem que tá bem espiritualmente, se você tiver bem, tudo tá bem, se você só reclamar da vida, tudo fica ruim. Eu acho que é isso. Ah, porque se você não tiver um bem espiritual, você não vai tá bem nem consigo mesmo. Eu acho que a gente tem que tá bem com a vida, bem com Deus, não ficar brigando com Ele como às vezes a gente chega. Eu acho que a gente tem que tá bem com a vida. (...) Eu entendo assim, se eu não tiver bem espiritualmente, eu não vou tá bem nem comigo. Não, e eu não tando (sic) bem comigo, ninguém gosta não, aí eu estresso (i).

Para Wachholtz e Pearce (2009), a espiritualidade individual conquistada a partir de crenças favorece o surgimento de uma visão de mundo que influencia substancialmente a forma como o indivíduo se posiciona diante dele, podendo melhorar seu relacionamento com os outros e principalmente consigo mesmo.

Os autores ainda lançaram algumas aplicações práticas para profissionais que lidam com a dor. Dentre elas, a busca de autoconhecimento por parte deste profissional mostra-se útil por cultivar uma consciência de sua própria visão de mundo e compreensão de sua espiritualidade. Essa busca favorece o estabelecimento de limites claros entre médico e paciente ao mesmo tempo em que os aproxima, facilitando a emergência de necessidades espirituais latentes do doente.

Fisher (1999), que se baseou em informações fornecidas por 311 professores ingleses a respeito de saúde espiritual, lançou no domínio “pessoal” da dimensão de BEE a importância do desenvolvimento de autoconhecimento bem como de consciência sobre si como pré-requisitos no significado de BEE.

Volcan *et al.* (2002) que examinaram, por meio de um estudo transversal, a influência do BEE na saúde mental de 464 estudantes universitários, tiveram evidências estatísticas de que os alunos que possuíram baixo e moderado BEE apresentaram o dobro de chances de possuir transtornos psiquiátricos (depressão, ansiedade e uso inadequado de substâncias).

Para estes autores, a espiritualidade e suas práticas, podem influenciar o indivíduo através do surgimento de emoções positivas decorrentes da prática (esperança, perdão, autoestima e o amor), as quais podem contribuir para a compreensão de situações existenciais críticas, exemplo a dor.

Para a entrevistada “e”, BEE também se refere à autoconsciência e as relações benéficas com o próximo. O trecho abaixo elucidado:

(...) É você tá bem na sua consciência, entendeu? Cê olhar pra trás e você não fez mal pra ninguém. Se você pode ajudar bem, se você não pode ajudar, pelo menos não prejudicou (e).

Assim, a expressão “bem na sua consciência” relatado pela entrevistada “e” remete ao bom relacionamento com o outro, não interferindo no bem-estar alheio. Sentimentos de culpa e remorso podem ser inseridos aqui e parecem ser fatores que prejudicam a pessoa no tocante à sensação de BEE.

Embora ainda hoje haja certa inquietação e desconfiança acerca dos reais benefícios da influência de crenças e práticas religioso-espirituais na saúde do indivíduo, mesmo sendo utilizada pela medicina desde sua remota história, é sabido que o comprometimento em

práticas religioso-espirituais atinge o corpo, a mente e o espírito, melhorando a interação com os outros (KOENIG, 2012).

4.1.2 BEE é a confiança, a fé, a esperança, a gratidão, o amor ao próximo e a prece.

Seis entrevistadas manifestaram ser BEE, a confiança, a fé, o amor ao próximo, a esperança, as expectativas positivas e a prece, sendo para elas, esta última o instrumento de conversa com o transcendente. Exemplos de preces realizadas neste trabalho foram as de petição, as de agradecimento e a de contemplação.

Para a entrevistada “a”, BEE é um assunto complexo, exigindo sua reflexão, caracterizado pelo “espírito forte”. Segundo ela, esta força é adquirida quando a pessoa consegue manter o pensamento com fé em tudo que faz. Expectativas positivas parecem alimentar a fé que a mesma possui diante do pedido feito (prece de petição). Além disso, esta força possibilita as ações materiais e facilita seu viver.

A palavra “*prece*” se origina do latim *prex* e significa pedido, súplica, votos. Para Dossey (1997), prece é “*qualquer ato que nos coloca em contato com o transcendente*”. É ainda conforme Gandhi (1991) o ato de “*pedir algo a Deus numa atitude de reverência*”.

O trecho abaixo revela o exposto pela entrevistada “a” a respeito da prece.

Bem-estar espiritual? É [...] pedir com fé, é ter ele forte dentro da gente, ter o espírito forte dentro da gente, né? Porque se a gente não entregar na mão Dele, não pedir com fé, não acreditar, nada é feito, né? Ah, porque Ele que dá força né? Ele que dá força pra mim (sic) lutar e vencer né? Porque tem que vencer né? (a).

A força para vencer a vida aqui mencionada, pode condizer com mudanças do comportamento, dos hábitos, da maneira de ser e de agir no mundo pela conquista da resiliência. As expectativas positivas, a confiança, a perseverança e o ato de fazer preces parecem ser fatores que possibilitam o desenvolvimento de um “espírito forte”.

Para Teixeira e Lefèvre (2003), a fé religiosa é um instrumento que encoraja e fortalece o indivíduo, dando-lhe vontade de enfrentar a vida e os problemas decorrentes dela, além de despertar na pessoa vigor que a faz lutar com mais intensidade diante de um quadro de doença. No estudo de Teixeira e Lefèvre (2003), preces foram meios pelos quais indivíduos aumentaram sua fé.

A entrevistada “b” também manifestou ser a perseverança um significado para BEE, além de relatar a confiança em Deus e em si mesma, chaves de acesso para que Este possa auxiliá-la em suas dificuldades. Aqui a entrevistada manifesta a utilização de um atalho (a prece de agradecimento) para se manter perseverante e confiante.

Olha é a confiança que é assim, a confiança de que Deus me ajudou a chegar até aqui e criar meus filhos. Então eu agradeço a Deus por isso. Confiança de que eu consegui criar meus filhos (b).

A entrevistada “c” por exemplo, ressaltou a importância do sentimento de amor ao próximo (no relato a seguir) como outro fator primordial no significado de BEE, pois esse, de acordo com ela, atua na alma e no coração, com consequente mudança salutar na vida do indivíduo, além de melhorar as relações sociais.

Deus não deixou separação, Ele não odeia ninguém e a gente segue a palavra de acordo com as coisas de Deus, o que Ele deixou: Amai uns aos outros como você mesmo, é mais difícil, é o que mais a gente precisa, é o que mais faz bem a nossa alma, o nosso coração, a nossa vida. Se você pudesse não odiar e amar, acho que o povo viveria bem melhor do que vive hoje né? (c).

Ainda de acordo com esta entrevistada, “buscar” primeiramente o BEE seria mais importante e sábio, por ser uma conquista permanente do indivíduo. Para ela, a conquista beneficia o espírito que é imortal, sendo diferente da conquista material que só é aproveitada enquanto o indivíduo está vivo. Além disso, as conquistas materiais, embora menos importantes para ela, seriam mais facilmente conquistadas quando se almeja primeiramente o BEE na vida.

(...) Desde que você tem Deus no coração, você tem um bem-estar na sua vida espiritual e na vida material, porque as coisas material você sabe que nada nós levamos, aqui é passageiro, é uma coisa passageira, hoje você tem, amanhã você não sabe se tem. Hoje nós somos vivos, amanhã nós não sabemos como tá! Mas com Deus, que

nem diz, com Jesus no barco tudo vai muito bem. Então vamo navegar! (c).

A prece bem como outros procedimentos não convencionais como o toque terapêutico e a imposição de mãos tem sido utilizada desde a antiguidade como coadjuvante na cura de doenças (NOVAK, 1999 *apud* KOENIG et al., 2001, p.21.; TOSTA, 2004) por estar tradicionalmente associada ao bem-estar, à promoção de saúde, à introspecção e à espiritualidade, melhorando as respostas imunológicas do indivíduo diante de um quadro de doença (BYRD, 1988.; GUIMARÃES; AVEZUM, 2007; KOENIG et al., 2012).

Neste trabalho, a prece foi um instrumento religioso/espiritual utilizado por algumas entrevistadas relatado como aquilo que as aproxima de Deus, aumenta a fé e desenvolve força, o que corrobora com o estudo de Dossey (1997). Para este autor, a prece por ser uma energia que transcende a energia física, funciona como um alimento ao indivíduo dando-lhe força.

No entanto, os mecanismos pelos quais a prece atua no indivíduo ainda não são claros e, embora seja uma prática bastante frequente e antiga, foi apenas recentemente a partir da década de 1980 que a prece recebeu da comunidade científica a atenção necessária nas pesquisas envolvendo saúde e espiritualidade (TOSTA, 2004), mesmo um dos primeiros trabalhos tendo sido feito em 1965 (JOYCE; WELLDON, 1965).

Um exemplo do benéfico da prece no contexto médico é o trabalho de Byrd (1988) que estudou, após divisão em dois grupos aleatorizados (com e sem a realização de prece), a ação da prece intercessora em 393 pacientes internados em unidade de terapia coronariana. Os resultados mostraram que a prece atuou no indivíduo doente melhorando suas condições clínicas, além de ter acarretado em menor necessidade de suporte ventilatório e de aplicação de antibióticos e diuréticos no tratamento.

Assim como neste presente trabalho, Peres et al. (2007) destacaram que preces, principalmente as de petição e a de intercessão, foram utilizadas por quem sente dor. A pesquisa de Amelling (2000) sobre a ação da prece no contexto de saúde atual de pessoas que sofrem da dor crônica observou que quase 90% das mulheres e 85% dos homens fazem preces para lidarem com este problema e 80% deles o fazem com frequência semanal.

4.1.3 BEE é o conforto físico, a simplicidade de ser saudável e a vida.

O conforto físico foi para oito entrevistadas a razão para se sentirem bem, com BEE elevado. Para a entrevistada “i”, a dor é o maior motivo para prejudicar todas as outras áreas da vida. Neste mesmo sentido, a experiência dolorosa para ela vem carregada de sentimentos desagradáveis na execução de todas as coisas que faz, inviabilizando atividades físicas (cozinhar é uma delas) de forma prazerosa e agradável.

Ai...eu tando bem, ééé...eu não tendo dor, tudo eu tô bem, pra mim, a maior fonte pra mim é não tendo dor, aí tudo que eu faço, nossa, aí que maravilha. Adoro, adoro cozinhar, amo cozinhar, tenho paixão pela cozinha (i).

A entrevistada “c” manifestou ser a recuperação de sua saúde, ou seja, a simplicidade do estado de ser saudável, um fator relacionado com BEE e um motivo de gratidão para com Deus. A entrevistada ainda manifestou ser a frustração com o tratamento e a desconcentração decorrente da experiência dolorosa fatores que a prejudicam no tocante ao BEE.

(...) Porque eu já tenho recebido curas, recebido, hoje tenho Deus tem feito muito na minha vida, muito talvez a gente acha que não, mas deixa as pequenas coisas de lado e mas é porque nem percebe, mas faz toda a diferença, toda a diferença (...) Desde que você se sente mal, uma coisa que você tá sentindo mal, aãa, a dor! Porque uma dor insuportável que você não consiga, se toma um medicamento aquilo não resorve (sic) ou que você busca nas coisas e não encontra, aí você fica chateado, não é um bem-estar. É eu acho que seria isso (c).

É observado na literatura que pessoas com DCAME buscam com maior frequência, meios religioso/espirituais para lidarem com a dor (AMELING, 2000; MOREIRA-ALMEIDA; KOENIG, 2008; WACHHOLTZ; KEEFE, 2006; WACHHOLTZ, PEARCE, KOENIG, 2007). Uma explicação plausível é o fato de a doença crônica ser um fator que atua como preditor de baixo BEE conforme estudo de Marques (2003).

A entrevistada “c” mencionou o uso de medicamentos e sua ineficácia quando a dor está forte como fator que a impede de desfrutar BEE, pela falta de controle da dor. Assim, o

uso crônico de medicações para o alívio da dor juntamente com sua impotência pode explicar essa busca por práticas religioso-espirituais. No trabalho de Park e Lavin (2009), a dor forte foi o principal fator de risco associado com o uso descontrolado de medicamentos opióides encontrado numa população com dor crônica de origem musculoesquelética.

A entrevistada “c” ainda manifestou ser a vida um significado de BEE. Viver já é o bastante para elevar seu BEE desde que sintomas como a dor estejam controlados e que haja o envolvimento como diz a entrevistada “*das coisas de Deus*”. Em adição, a dor parece ter mostrado a ela a progressão dos anos, e junto com esta, o medo da morte e do desconhecido emergiram. O discurso manifestado ainda por esta entrevistada destaca a necessidade de que sua dor seja controlada para desfrutar de BEE.

Ah, eu me sentir bem. Desde que eu respire e sinta se eu tô bem ou de uma maneira ou de outra eu acho que é um bem-estar espiritual na minha vida. Desde que estou respirando, que eu tô me sentindo bem na saúde, que eu tô bem acompanhada, principalmente do, das coisas de Deus a gente, eu acho que tá muito bom (c).

Como já mencionado anteriormente, a vontade de viver está relacionada com BEE elevado funcionando como um preditor de BEE para Marques (2003) e o enfrentamento religioso espiritual “*acompanhada das coisas de Deus*” tem sido utilizado por pessoas com dor crônica para lidarem com o problema, conforme os seguintes trabalhos (AMELING, 2000; KOENIG et al., 2001; MOREIRA-ALMEIDA; KOENIG, 2008; PERES et al., 2007; RIPPENTROP, 2005; RIPPENTROP et al., 2005; WACHHOLTZ; KEEFE, 2006; WACHHOLTZ; PEARCE, 2009; WACHHOLTZ, PEARCE, KOENIG, 2007).

No entanto, o estado de ser saudável, no caso aqui, não ter dor crônica forte, como elas manifestaram, depende de vários aspectos. De acordo com Melzack (1999, 2004), a dor crônica deve ser compreendida sob os pontos de vista sensitivo, cognitivo e emocional, pois o estímulo doloroso viaja até o cérebro e se espalha por todas estas áreas produzindo um efeito mais complexo que denominamos experiência dolorosa.

As práticas e as crenças religioso-espirituais atuam nestes aspectos citados e dependendo da forma como utilizadas beneficiam ou não o doloroso crônico, aumentando ou não sua tolerância e sensibilidade aos estímulos (MELZACK, 2004).

O conhecimento sobre a fisiologia mais atual da dor crônica (MELZACK, 2004), revela-nos que, sem a integralidade da assistência a este doente, o conforto físico e a simplicidade de ser saudável ficarão cada vez mais no plano das ideias.

4.1.4 BEE é a ocupação: lazer, trabalho e auxílio familiar

Para três entrevistadas, o lazer, o trabalho e o auxílio aos familiares dão significados para BEE. Para a entrevistada “I”, o lazer, uma fonte promotora de alegria, é um meio fácil e prazeroso de aproximar as pessoas inserindo-as em uma sociedade e pode ser vivenciado por meio de distração provocada pelo entretenimento como shoppings.

Abaixo, o relato exemplifica:

Ah, a alegria é, a alegria né de tá junto, sair, passear, ir pra um shopping, sei lá, isso é uma fonte de bem-estar (I).

Segundo Rosenthal e Rosenthal (1993) *apud* Pondé e Caroso (2003), lazer é considerado “uma série de atividades desempenhadas fora do domínio do trabalho”. O trabalho de Dunn e Horgas (2004) que analisou as formas de enfrentamento religioso ou não de 200 idosos com DCAME por meio de um estudo descritivo transversal, destacou que o lazer e os exercícios físicos foram formas de enfrentamento não religioso utilizadas com mais frequência por mulheres idosas com DCAME para lidarem com a disfunção.

Esta distração parece funcionar como um mecanismo que “desliga” temporariamente a pessoa da percepção dolorosa direcionando sua atenção em outros assuntos senão seu quadro clínico, ou seja, a pessoa reinterpreta a dor, ignorando-a (DUNN; HORGAS, 2004).

Além disso, o lazer para esta entrevistada pode ser percebido como um fator que dá significado ao termo BEE pelo fato de estar envolvida a boa condição de saúde para usufruí-lo. Marques (2003) mostra serem as pessoas que avaliam ou percebem sua saúde de forma positiva as que possuem BEE mais elevado, sendo este o principal preditor de BEE na população saudável.

O trabalho de dissertação de mestrado de Teixeira (2012) mostrou que, embora pouco estudado, o lazer possui importância singular no enfrentamento da dor em portadores da doença bem como em seu alívio. Pessoas com dor forte tendem a utilizá-lo como forma de enfrentamento haja vista que melhora o humor nesta população. Assim, a autora afirma sua

importância como tratamento complementar ao doente com dor crônica. Aspectos sobre o humor nesta população serão abordados no tema IV.

O exercício físico como uma forma de lazer ainda proporciona a sensação de bem-estar devido à liberação de endorfina e acetilcolina (WERNECK; BARA FILHO; RIBEIRO, 2005), o que acarreta em diminuição da dor por proporcionar relaxamento muscular e melhora da circulação local (TEIXEIRA et al. 2001a). Em adição, o lazer atua como fator de proteção da saúde mental (PONDÉ; CAROSO, 2003), pelo fato de possibilitar integração social, aumentar a qualidade de vida (BAKER; INTAGLIATA, 1982), aumentar a satisfação na vida (HERSH, 1990), dentre outros benefícios.

Para a entrevistada “e”, ajudar as outras pessoas, trabalhar tanto em casa quanto como depiladora são fatores que fortalecem seu BEE. Neste relato, a DCAME não pareceu atuar como um fator que a paralisasse, impedindo-a de realizar suas atividades. Assim, observaram-se, em ambas as entrevistadas, que ocupar a mente em atividades gratificantes dá significado para o seu BEE, provavelmente por se sentirem úteis para a sociedade mesmo portando a DCAME.

(...) Tá bem com você, ajudar os outros, fazer as coisas bem. (...) Eu tô lá ajudando ela, jogo água, converso, deixo tudo arrumadinho pra ela só limpar o chão mesmo pesado. O que eu tiver que fazer eu faço, cê entendeu? Vai me dar doi? Vai (e).

A entrevistada acima embora tenha manifestado comprometimento com as tarefas cotidianas e do trabalho remunerado e uma necessidade de fazer as coisas independentemente da dor, características de pessoas resilientes, pode ter mostrado também um senso inadequado de auto eficácia, o qual foi descrito no trabalho de Salvetti e Pimenta (2008) como responsável pela piora da dor, pela menor adesão ao tratamento e pela piora da funcionalidade física, prejudicando os doentes.

Para Marques (2003), o trabalho constitui um fator que eleva o BEE, sendo, portanto um preditor de BEE. O fato de o indivíduo sentir-se útil parece aqui estar relacionado com o aumento do BEE, o que ocorre também quando a ajuda aos outros é realizada.

Para a entrevistada “d”, cuidar dos familiares é um desafio a ser vencido e um pré-requisito importante na sensação de BEE, bem como o próprio viver, por possibilitar seu

aprendizado constante. Além disso, a prática do bem-dizer e a empatia com pessoas em vulnerabilidade também se somaram para dar significado ao BEE neste contexto.

Bem-estar espiritual é ter uma amizade, ter meus filhos que eu amo demais, minha mãe agora né? Meu pai quando eu cuidei, minha irmã que teve câncer que eu cuidei também, então isso é um bem espiritual, que cada dia eu vivo esse bem espiritual com as pessoas e consigo passar coisas boas, eu sinto que eu consigo passar. É viver (...) É com as dificuldades que eu aprendo, então é um bem-estar espiritual, porque cada hora to vivendo e aprendendo (d).

Saúde pra mim é estar como eu estou agora assim, participando, é convivendo com as pessoas, podendo ajudar, entendeu? Pra mim, é saúde! Pelo menos eu tô sendo útil, né?(d).

Para esta entrevistada, a compreensão decorrente do aprendizado promove BEE pelo fato de possibilitar um olhar mais profundo acerca da doença e da vida. Mesmo portando a DCAME, no contato com o outro, a entrevistada parece ter se “esquecido de si” para acolher aqueles que mais precisam, no caso, os familiares doentes.

Isso parece ter ocorrido por funcionar como uma injeção de ânimo e disposição para esta entrevistada. A necessidade de ajudar e não ser a ajudada pode ter mascarado tanto a real intenção de se observar como uma pessoa que ainda possui utilidade para a sociedade por ter autonomia e independência quanto à tranquilidade de saber que seu problema não condiz com uma alteração potencialmente fatal e que irá colocá-la diante do desconhecido (a morte). No entanto, para Minayo (1988), questões acerca da saúde e da doença remetem indubitavelmente à vida e à morte, ou seja, a dor, o sofrimento e o destino do ser humano, sendo conforme Amundsen (1982) a dor surge como um meio para lembrar o indivíduo de sua transitoriedade enquanto Ser Humano, a fim de que este busque valores mais elevados e Deus.

Em suma, pôde-se apreender, nesta categoria temática que o BEE foi manifestado de diferentes maneiras. O bom relacionamento consigo mesmo, com o outro e com Deus, a esperança, a confiança, a fé em si e no tratamento que realizam, o conforto físico, a ocupação, o aprendizado e a empatia no contato com o outro foram as formas manifestadas.

4.2 Modelos explicativos para a dor

A etiologia das doenças é um campo vastíssimo, compreendido por apenas um fragmento da visão de mundo total e desta forma, não é só constituída pelo saber médico convencional, mas também pela visão pluralista manifestada pelos indivíduos através de suas visões de mundo (MINAYO, 1988).

Dentro deste campo, a partir da busca das causas das doenças, podem-se encontrar práticas, crenças, comportamentos que indubitavelmente emergem e facilitam o entendimento acerca do processo saúde-doença (MINAYO, 1988).

A causação natural, característica da medicina atual, soma-se a outras formas de compreensão da doença, a saber: a psicossocial, a socioeconômica e a sobrenatural as quais foram discutidas no estudo de Minayo (1988).

Isso ocorre, pois a informação dolorosa, após ser encaminhada e registrada em regiões diversas do cérebro, é enviada ao corpo modificada em relação à percepção inicial, por ter sido influenciada por fatores genéticos, emocionais e culturais (HASSED, 2013; MELZACK, 1999, 2004; PIMENTA; PORTNOI, 1999).

Para melhor compreender os modelos explicativos para a dor vivenciada pelas entrevistadas desta pesquisa, o tema foi subdividido em três subcategorias: 1. Causação psicossocial e o mau relacionamento consigo mesmo; 2. Sobrecarga física e os comportamentos na experiência da dor e 3. Causação sobrenatural - dor como resposta a um pecado, as quais se seguem abaixo.

4.2.1 Causação psicossocial e o mau relacionamento consigo mesmo.

Para 5 entrevistadas, os aspectos psicossociais foram os manifestados como a causa ou mesmo agravo da dor. De acordo com a entrevistada “a”, o nervoso que passa no relacionamento familiar parece desequilibrá-la emocionalmente causando ou agravando a sensação dolorosa. Além disso, esta parece estar associada com um fluxo sanguíneo elevado, com consequente aumento das pulsações cardíacas, possibilitando o agravo da hipertensão arterial conforme relata a entrevistada.

Ah, eu passo muito nervoso! Eu acho que é por isso que minha coluna dói, lateja dia e noite! Acho que é de tanto nervoso (...) parece que quanto mais nervoso eu passo, mais dói, a pressão sobe, tem dia que eu acho que a pressão sobe rapidinho (...) (a).

Para a entrevistada “d”, o contato com o outro de seu convívio do tratamento para a dor é o que a causa ou a agrava. A entrevistada relatou também que seu filho atribuiu à causa da dor que ela sente o pavor gerado pela mesma quando em contato com o ambiente hospitalar.

Porque quando eu venho aqui no hospital, como aqui tem muita dor, muita tristeza, eu me sinto mal. Aí ele falou assim: se vem aqui você fica esquisita, se fica estranha, fica apavorada. Eu quero sair daqui logo, mais rápido possível (d).

Para a entrevistada “c”, a doença de um familiar próximo provoca sua comoção. O envolvimento gerado nesta situação parece atuar em seu próprio corpo agravando a dor percebida e sua própria saúde.

Porque eu acho que é assim quando tem um doente na família, mexe com tudo, marido, filho essas coisas, a gente se comove bem, né? Se sente mal, né? São coisas que mexem muito com a estrutura da gente (c).

Assim, com o intuito de desvendar a natureza e as possíveis causas da dor, teorias acerca dos aspectos psicológicos, comportamentais e cognitivos da experiência dolorosa foram lançadas à comunidade científica, remetendo-nos, desta forma, também aos fatores psicossociais como responsáveis por exacerbar a dor em indivíduos portadores da mesma (ROCHA, 2001).

Embora a teoria científica evidencie que as instabilidades emocionais e mais recentemente as questões espirituais são fatores que exacerbam a dor quando não avaliadas adequadamente, nota-se que as abordagens psicológica e espiritual com integração à física do cuidado ainda não fazem parte das práticas de saúde (ROCHA, 2001).

O trabalho de Oliveira (2000) mostra que os aspectos psicossociais negativos da dor não observados contribuem para a iniciação e perpetuação do quadro clínico de dor crônica ao produzirem geralmente um comportamento anormal da doença, o qual é referido por queixas algícas não compatíveis com os sinais objetivos.

Isso pode ser explicado pelo fato de a mente apresentar uma natureza instável, com flutuação constante das emoções e dos pensamentos. Situações estressantes frequentemente ocasionam a instabilidade emocional, exemplos são as circunstâncias de estresse físico, psicológico ou social que provocam reações fisiológicas e bioquímicas importantes desencadeando tanto uma desarmonia no equilíbrio orgânico quanto o favorecimento do surgimento ou a piora das doenças (ROBERTO, 2004). São estas alterações ainda responsáveis pelo BEE baixo em uma população normal (MARQUES, 2003).

Tendo em vista que a dor é uma sensação desagradável, conforme entrevistada “c”, o relacionamento consigo mesmo de forma pessimista com sentimentos de desânimo, indisposição e reclamação, poderia ocasionar a dor ou exacerbá-la, sendo os pensamentos negativos oriundos de um relacionamento insatisfatório consigo mesmo, fatores que supostamente exercem um papel importante nesta enfermidade conforme acredita esta entrevistada.

(...) Ele ta sempre na frente pra nos ajudar a combater, tirar aquele pensamento que não tem dor, porque o dia que a gente levanta: Ai hoje eu tô com uma dor, ai não tô aguentando! Cê tá aguentando sim (...) e se você pensa na sua mente que vai acontecer uma coisa ruim, vai acontecer, mas é da tua mente, porque Deus não dá, Ele não dá nada de mal pra ninguém. Ele dá de melhor (c).

Lamé et al. (2005) observou em seu estudo que pessoas que tiveram dor aguda pela primeira vez em qualquer região do corpo, desenvolveram o medo de movimentar a parte afetada com o pensamento de que ao movimentá-la, pudessem lesionar ainda mais a estrutura física acometida. Este pensamento ocasionou a piora dos sintomas físicos, além do desenvolvimento de dor crônica com consequente diminuição dos movimentos, restrições físicas e depressão.

Assim, conforme Hassed (2013), a mente, as emoções e a atenção desempenham um importante papel na experiência da dor, sendo o estresse, a depressão e o medo fatores que podem amplificar sua percepção. O autor explica esta afirmativa pelo fato que a experiência humana não é apenas somática, mas também dependente da condição mental, emocional e física do indivíduo.

4.2.2 Sobrecarga física e os comportamentos na experiência da dor

Para sete entrevistadas, o comportamento de exigência consigo mesmo e o trabalho braçal demasiado foram manifestados no tocante à causa ou agravamento da dor.

A entrevistada “i” por exemplo, manifestou em seu relato abaixo que seus padrões a consideram uma pessoa exigente consigo mesma durante o trabalho e atribuíram a este motivo a dor que ela sente.

Eu sou perfeccionista, nossa eu sou muito perfeccionista. Patrão fala isso pra mim: tem algumas que fica brava: você é perfeccionista demais por isso que você se mata desse jeito, fica com esse monte de dor (i).

A entrevistada “e” por meio de seu relato, também associou tal comportamento à dor que sente. Relatou que, após tarefas domésticas, sente dor por forçar o corpo, manifestando a necessidade de poupá-lo após tarefas extenuantes. No entanto, a entrevistada acredita que, ser exigente possibilitou o surgimento da dor que ocorre após uma tarefa física desempenhada de forma inadequada pelo comportamento impaciente com as próprias limitações.

Eu sei que eu faço muita coisa que eu deveria poupar mais, eu vou poupar de ficar lavando uma roupa? Sabe! Eu tenho máquina de lavar, mas tem roupa que você lava na mão, por exemplo: eu torço a roupa, ah não vou torcer você entendeu? O que eu tiver que fazer eu faço. Depois vai me dar dor? Sim. Aí eu tomo um relaxante, um cizax, deito, sabe e fico bem (e).

A não valorização da dor associada a tarefas físicas como foi manifestada pelas entrevistadas acima, embora possa ser interpretada como condizente com pessoas resilientes, supostamente atuaria no indivíduo prejudicando-o que, ao se cobrar excessivamente, desrespeita o próprio ritmo do corpo, tornando-se imprudente e negligente com as suas próprias limitações.

A sobrecarga física também se encaixa neste contexto e foi o motivo pelo qual as sete entrevistadas mencionaram sentir dor. Cuidar dos netos e se adaptar às demandas físicas de

uma criança, lavar roupas, executar a rotina diária e as exigências do trabalho remunerado (profissão) foram as causas relatadas.

Para a entrevistada “a”, a dor faz da função de cuidadora dos netos, um trabalho extremamente extenuante por prejudicar sua estrutura física, causando-lhe nervoso, irritação e impaciência.

(...) quando chegava da creche, no final de semana aí eu não tava aguentando mais. Eu falava pra ela que eu não tava aguentando mais eu tava contando os minutos pra ela sair do serviço (...) então ela dava aqueles pinotes pra trás, pra frente nossa eu tava vendo a hora que eu matava ela dentro do quarto eu não tava aguentando mais, eu falei pra minha menina olha eu não aguento mais cuidar dela. Tava muito difícil p mim eu já tenho um netinho (a).

O estudo de Fonseca et al. (2008), cujo objetivo foi estudar as percepções de cuidadores familiares em relação às repercussões físicas e psicossociais desta atividade, evidenciou que esta função, além de ter ocasionado o isolamento deste “profissional” em relação à família, possibilitou o surgimento de sentimentos negativos (nervosismo e pena) e o aumento dos conflitos familiares que acarretou em alterações físicas como dores na coluna (as quais também foram mencionadas pela entrevistada acima), nos braços e distúrbio do sono.

As relações familiares foram para Minayo (1988), o palco onde se deram os maiores embates emocionais que foram julgados responsáveis pela experiência de doença, sendo também a causação psicossocial, manifestada por esta entrevistada, o que contribuiu para sua experiência de dor.

As entrevistadas “g” e “h” relataram nos discursos abaixo que acumular funções remuneradas as sobrecarregaram, o que teria possibilitado o surgimento/agravo da doença.

Eu trabalhei muito cê entendeu? Então tudo isso que eu tô passando agora é por conta do meu trabalho, de eu trabalhar do jeito que eu trabalhava, eu trabalhava na loja e no salão, eram juntas. Ora eu tava no salão cortando, ora eu tava atendendo, cê entendeu? E uma pessoa que é como eu, assim (...) perfeccionista, eu sempre gostava de coisas assim certinhas, cê entendeu? (g).

Eu acho assim que Deus Ele te ajuda, Ele faz a parte Dele, mas é assim, tudo que você planta, você colhe, cê vai colher o que você plantou. Então quando eu era mais nova eu trabalhava de doméstica, pegava aqueles sofás pesados, a gente não tinha ensinamento igual tem hoje. Se quando eu era nova eu estraguei agora daqui pra frente só tende a piorar!(h)

Um estudo conduzido por Carvalho e Alexandre (2006) sobre sintomas osteomusculares em professores do ensino fundamental, mostrou que os mesmos apresentaram uma elevada ocorrência destes sintomas. Neste trabalho, as mulheres foram as que apresentaram maior intensidade da dor, tanto as que tinham filhos quanto as que não tinham. Os autores explicam que a sobrecarga de trabalho da profissão juntamente com outras ocupações paralelas (cuidar dos filhos e da casa, outro emprego), possivelmente aumenta a exposição destes profissionais a fatores de risco para o desenvolvimento da dor, sendo para Rashid e Dick (2009), a inatividade física um deles.

Assim, supõe-se que trabalhar demasiadamente principalmente com trabalhos braçais impede o descanso dos músculos, ligamentos, articulações e de usufruir tempo livre para executar outras atividades, tais como o lazer, o contato com a família, atividades físicas, leituras e outros.

De acordo com Yeng et al. (2006), embora o corpo tenha se adaptado a posição vertical relativamente sem grandes esforços por meio da integração dos suportes estáticos e dinâmicos, nota-se um número cada vez maior de pessoas que apresenta em seu cotidiano atividades repetitivas e restritivas as quais são responsáveis por desencadear perda do sinergismo muscular tornando o indivíduo vulnerável para lesões ou deformidades progressivas do sistema musculoesquelético.

Isso acontece, pois de acordo com Teixeira et al. (2001a), os músculos sobrecarregados funcionalmente ou prolongadamente podem sofrer lesões estruturais, tais como a infiltração inflamatória intersticial para necrose, a rotura e o edema de fibras musculares. Além disso, estes aspectos somam-se com o acúmulo de ácido láctico característico na dor persistente após exercícios ou atividades extenuantes impactando nas fibras musculares e do tecido conectivo que se rompem durante os exercícios gerando um processo de reparação acompanhado por edema local e sensibilização dos nociceptores.

O dinheiro que se ganha com o excesso de trabalho de doméstica não compensaria a dor que se adquire com o passar dos anos conforme manifestou a entrevistada “I”. No entanto, a função de doméstica não é abandonada por ela, supostamente por questões financeiras ou ainda pela dificuldade da entrevistada em se capacitar para outra função mais compatível com sua nova condição física.

Esta entrevistada mesmo possuindo ensino médio completo, associou a melhora de seu quadro clínico a uma profissão que exija dela mais estudo, o que despertou em si muita culpa e arrependimento de não ter estudado mais quando jovem, capacitando-se para uma tarefa menos braçal e mais intelectual.

(...) mesmo na diária que eu cuido de casa tem casa que eu falo: Nossa, mas essa casa tá acabando comigo, tá judiando muito. Mas não é a casa e sim o serviço, mas tem casa que é muito grande, tem muita coisa, exige muito mais de você... Ah, eu abandono, abandono, porque não dá eu falo, e eu? E o meu corpinho? Depois eu não aguento de dor. Eu falo: o que eu vou ganhar depois não dá, não paga remédio (...) é, aí igual eu falo no meu caso fazer faxina agachar, levantar, eu sei que isso vai me provocar dor na minha coluna e muita. Eu faço, porque é o meu trabalho então eu falo, então Deus não tem tanta culpa não, se a gente às vezes tem bastante culpa né? Tem mas tem que trabalhar, não estudei então agora: A mãe fala: pega na caneta, a gente entende na marreta aí vai (risos) (i).

Para Portal (2004), o desenvolvimento da consciência e a busca da espiritualidade possibilitam ao indivíduo enxergar o mundo de várias maneiras, ampliando sua capacidade de resolver problemas cotidianos, de modificar padrões comportamentais em sua vida, se necessário, aumentando assim as oportunidades de crescimento pessoal.

Embora no presente trabalho estas entrevistadas tenham conseguido identificar causas que contribuíram para suas experiências dolorosas, observou-se a dificuldade em adotar novos comportamentos mais coerentes com a nova situação crônica de saúde. No trabalho de Yeng et al. (2006), os pacientes com dor crônica avaliados não conseguiram identificá-las o que contribuiu, e muito, para a cronicidade do quadro.

Para Salvetti e Pimenta (2007), tanto a aquisição quanto a manutenção de comportamentos são intercedidas pela motivação, a qual se refere à escolha do comportamento sendo a representação cognitiva de resultados futuros uma fonte de motivação, ou seja, se trará resultados positivos no futuro para o indivíduo ou ainda evitará que este passe por dificuldades.

Assim, todas as entrevistadas mencionadas nesta subcategoria manifestaram ser a dor uma resposta às ações comportamentais do passado. Opções de trabalhos pesados como o trabalho doméstico com carga horária excessiva e sem descanso e a exigência na execução das tarefas eram, no passado, realizados com facilidade e sem nenhum autocuidado e conhecimento ergonômico, devido ao vigor do corpo físico quando jovem. Porém, com o envelhecimento do corpo e com as limitações naturais do processo, as opções feitas outrora se tornaram no presente, um motivo para lamentações e arrependimento gerando culpa e remorso.

4.2.3 Causação sobrenatural - dor como resposta a um pecado

Seis entrevistadas explanaram acreditar ser a dor uma resposta divina a um pecado cometido. Para a entrevistada “g”, a dor, embora venha carregada de sofrimento, é possível de ser suportada uma vez que supostamente esta seria a prova de que algo “errado” foi realizado por quem sente.

Além disso, a entrevistada manifesta acreditar que o pensamento de maldade emanada para outra pessoa seria um fator que incide em si própria prejudicando-a, causando-lhe a dor. O perdão parece se encaixar neste contexto como um potente tratamento, podendo eliminar instantaneamente a dor da entrevistada.

Por isso que eu falo assim: senhor, se eu pequei, se eu fiz alguma coisa errada pra alguém, por isso que eu tô sofrendo, por isso que eu tô com essas dores, me perdoa, né? Eu te peço perdão, eu imploro perdão pra mim ficar boa, eu tô sofrendo muito.(...) Se for da tua vontade eu aceito (...) Eu tenho medo de, de, de de desejar mal pra uma pessoa... quem teme a Deus, não deseja, que sabe que Deus não castiga ninguém, mas Ele mostra tudo, pra você vê né? (...) (g).

É de longa data que a crença da dor como pecado é referida por indivíduos com dor. A crença de que a doença é um castigo e vontade de Deus, um descumprimento de obrigações foi explorada no trabalho de Minayo (1988) como uma forma de compreender os diagnósticos difíceis de serem explicados pela medicina convencional, pois levantam o “milagre” como forma, muitas vezes, única de resolver os problemas difíceis do cotidiano.

Neste trabalho de Minayo (1988), a dor foi vista como uma forma de purificar a alma, sendo que pessoas que sentem dor e possuem tal crença geralmente a suportam sem comunicar suas queixas, como forma de expiar sua culpa diante de um possível problema cometido outrora.

Embora vista de forma negativa ao atribuir à dor o caráter de pecado, a fé religiosa pode auxiliar o indivíduo no tocante ao aumento de sua tolerância à dor ao reinterpretar o estímulo doloroso para rumos mais positivos (MINAYO, 1988).

A entrevistada “f” manifestou por meio do relato abaixo a crença de que a dor é um acerto de contas. Para ela, ações realizadas nesta ou em vidas passadas seriam supostamente o motivo pelo qual sente dor. Este discurso se assemelha ao manifestado pela entrevistada “c” que comparou a dor ao julgamento divino de algo errado cometido por ela.

É a minha caminhada, eu tenho que fazer a minha caminhada. Não é vontade de Deus. Deus não quer que você... entendeu? Então são coisas que nós mesmos fizemos nas outras vidas, ou nessa vida mesmo, certo, entendeu? E uma hora a gente vai ter que prestar conta, não é? (f).

(...) e eu creio que eu to passando... Ele tá me julgando, Ele tá na frente, eu falo Ele tem que tá na frente porque sem Ele minha fia, nossa nada somos, viu? (c)

Desde o século XII, a dor passou a ser vista como uma forma de provação divina devido à influência do cristianismo naquela época sobre as pessoas, funcionando como comparação para condutas consideradas corretas moralmente ou não (PORTNOI, 1999).

Desta forma, para o pensamento daquela época, a dor deveria ser suportada como forma de restaurar o corpo da impureza (moral) cometida e como meio de correção das

condutas que desviavam do que era considerado normal para a época, sendo este pensamento visto na Mesopotâmia até o fim da Idade Média (BONICA, 1991).

A dor era ainda naquele período vista como castigo dos deuses podendo atingir tanto a pessoa pecadora quanto a família e os mais próximos. Funcionava também como um meio de coação e de manipulação dos seguidores da instituição religiosa (PIMENTA; PORTNOI, 1999; BONICA, 1991), já que para Helman (1994), a instituição religiosa bem como a família, o sistema educacional, os modos de produção e as instituições de trabalho são instrumentos que contribuem para a formação da visão de mundo pelo indivíduo.

Para a entrevistada “d”, a dor seria enviada por Deus e funcionaria como uma barreira de proteção, alertando-a do caminho errado que está seguindo.

Deus se preocupa com a minha dor! Porque eu sou filha Dele e quando a gente é filho, pai se preocupa né? E se eu fizer alguma coisa errada, Ele vem e puxa minha orelha: Opa, para aí (d).

Esta forma de compreensão da dor, como foi mostrada pela entrevistada anterior, foi bastante marcada até a Renascença, quando com o pensamento científico emergiu a fisiologia e a anatomia das sensações com o cérebro funcionando como o local onde se alojava o centro de dor (PORTNOI, 1999).

Assim, conclui-se que a visão de dor como pecado remete à dificuldade destas entrevistadas em compreenderem o funcionamento de seu corpo, bem como as causas psicossociais, espirituais e físicas que estão por trás desta queixa.

Desta forma, sem a compreensão das causas, estas entrevistadas possivelmente continuarão se queixando dos impactos que a dor lhes proporciona por não encontrarem solução para o problema que acaba sendo assimilado como uma doença incurável com progressão acentuada.

A forma como estas entrevistadas entenderam a dor como sendo um intermédio de Deus para avisá-las sobre as ações erradas que realizam mostra suas buscas acerca do que consideram errado ou não e o que fazem que podem ou não contribuir para a experiência dolorosa.

Amundsen (1982) trouxe em seus estudos históricos algumas explicações religioso-espirituais para a dor e o sofrimento: para que os que sentem dor não se tornem presunçosos em relação ao trabalho que executam; para que não tenham uma opinião vaidosa acerca de si;

para que a força de Deus se torne óbvia quando pessoas doentes conseguem a cura; que a pessoa com dor sirva de consolo aos outros que também sofrem; para desenvolver paciência já que as atribulações tornam o indivíduo mais forte, dentre outras.

Em suma desta categoria temática, pôde-se apreender que a compreensão das causas possíveis da dor facilita seu manejo direcionando o indivíduo para um tratamento mais adequado ao seu quadro clínico. Assim, o conhecimento tanto acerca da enfermidade quanto do funcionamento do próprio corpo facilitaria o diagnóstico médico do problema.

4.3 Formas de manejo da doença

A Dor Crônica por Afecções Musculoesqueléticas (DCAME) é uma doença frequente que, até pouco tempo, foi apenas vista como um sintoma que necessitava de alívio do ponto de vista sensitivo para o adequado manejo (MELZACK, 1999, 2004). Para este fim, estratégias físicas como fisioterapia e analgesia com medicamentos (opióides), embora em muitas situações sem grande sucesso, eram e são frequentemente utilizadas no combate ao problema (LEHMANN, 2003). O relato a seguir, da entrevistada “c”, destaca esta afecção como uma doença responsável por lhe tirar a paz pelos transtornos e limitações que causa:

“Dor é dor. Dor é uma coisa que... que não presta, você não deve querer e nem aceitar, não quero, não, não nasci doente? Porque que eu tenho que ficar doente? Eu quero saúde. O que que eu vou fazer da minha vida se eu tô cheia de dor. Se tem que propor pedindo que a coisa mude, que a dor vá embora, te deixa em paz” (c).

As entrevistadas desta pesquisa manifestaram ainda em seus discursos uma necessidade de se livrarem desta afecção com a esperança de um dia viverem sem dor pelos transtornos que esta causa, pelo sofrimento e carga de desgosto (PIMENTA; PORTNOI, 1999; RABELO, 1993).

Com a vontade de retornarem ao estado de saúde anterior, os discursos mostram ainda que, muito maior do que a experiência desagradável da intensidade da dor é a dor que elas manifestaram acerca da perda da própria saúde, porém isto não será discutido por fugir do escopo deste trabalho.

(...) saúde pra mim é eu ficar sem dor, cê entendeu? Ai, nossa, pior coisa do mundo! Sério, sério eu tô sofrendo muito! Eu tenho dor, dor, é dor! Porque eu não queria ter, dói demais! Eu não queria ter, entendeu? (g).

Olha, varia muito! Às vezes eu penso que vai sarar, eu vou ficar bem, vai acabar tudo e eu vou ser como eu era, pular, como diz aquele ditado: Deitar e rolar, né, de alegria porque to bem. Não tenho mais dor, não tenho nada. E às vezes quando ela tá bem forte eu falo: Ah

eu acho que é só piorar porque cada dia aparece uma coisa diferente, um lugar diferente doendo! No meu caso eu, eu gostaria que fosse assim, que eu ficasse bem, não tivesse mais essas dores pra eu pular e fazer tudo, né? (i).

Assim, para melhor compreender as formas de manejo da doença encontradas neste trabalho, o terceiro tema, que aborda estes aspectos, foi subdividido em três subcategorias: 1. A confiança, a esperança, a fé e o perdão; 2. Contato com o outro e 3. Reiki.

4.3.1 A confiança, o amparo, a esperança, a fé e o perdão.

Para seis entrevistadas, a crença em Deus, a confiança, a fé e o perdão foram fatores que atuaram no manejo do problema. Para a entrevistada “I”, por exemplo, acreditar na presença de Deus proporcionou-lhe segurança e amparo que agem na experiência dolorosa, podendo diminuí-la.

Ah, eu acredito que sim! Eu acredito que Deus tá presente o dia todo, o tempo todo. Eu acredito que Ele fica sempre presente. Eu acho que Deus, Ele não abandona ninguém né? Eu acredito que Ele tá sempre presente. Sem Ele, eu acredito que seria pior, eu acredito (I).

Um estudo conduzido por Targ e Lavine (2002) sobre a ação do acolhimento humano mostrou evidências de que este possibilitou o aumento da qualidade de vida, a diminuição da depressão e da ansiedade, além do aumento do BEE em um grupo de apoio para mulheres com câncer de mama. Assim, a segurança e o amparo atuaram nesta população melhorando tais aspectos devido ao contato humano e à terapêutica mais adequada por visar possivelmente a integralidade (PIMENTA; PORTNOI, 1999).

Além disso, para Wachholtz e Pearce (2008) participar de cultos e missas pode favorecer o suporte social em pessoas que sofrem de dor, possibilitando o aumento de sua tolerância, fato este que geralmente ocorre, por exemplo, como explicado no trabalho de Pimenta e Portnoi (1999), no contato com o outro de culturas diferentes.

O trabalho de Ferreira (2010) com 33 idosos com DCAME sobre a percepção de sua qualidade de vida e de sua espiritualidade destacou que aqueles que possuíam esperança,

otimismo diante do problema de saúde crônico e expectativas positivas para o seu futuro tinham maior qualidade de vida que aqueles que não as possuíam.

A prece foi outro recurso utilizado por todas as entrevistadas no manejo do problema, o que corrobora com os achados de Ameling (2000), Moreira-Almeida (2008), Peres et al. (2007), Wachholtz e Pearce (2008), entre outros. As preces manifestadas em nosso trabalho foram: as de petição com e sem súplica, as de questionamento, as de agradecimento, as de contemplação e as de intervenção. Abaixo respectivamente, exemplos de prece de petição com súplica e de agradecimento.

Eu peço pra Ele, eu improro (sic) pra Ele demais sabe? Nossa, demais. Eu peço, eu peço aquela mão pra eu aguentar (a).

Eu acho que, eu creio quem sim, eu acho que sim. Ah, porque eu me sinto bem. Eu posso levantar, tá me sentindo mal, mas desde que eu ponha meus pés no chão eu já tô agradecendo a Deus, porque Ele me deu mais um dia, porque muitos não consegue (c).

A fé religiosa presente, expressa por meio da oração, para a entrevistada “h”, é um veículo que se dirige até Deus e que, para ela, promove a cura de qualquer enfermidade.

Tem dia que um irmão meu fala assim: ora que Deus vai curar! Eu não acredito que Deus vai me curar. Eu falo assim: minha fé não alcança. Eu admiro essa mãe eu acho que Deus honrou a fé dela, porque ela tinha muita fé (h).

As práticas da fé e da oração normalmente estão associadas mostrando-se eficazes no restabelecimento de doenças pelo fato de uma potencializar a ação da outra conforme trabalho de Tosta (2004).

As pesquisas de Dusek (2002) mostraram ser a crença do indivíduo realmente determinante para a cura por ser um recurso atemporal e duradouro. Denominou “*bem-estar evocado*” e “*fator-fé*”, a cura por meio da crença que seria relacionada não só com as crenças do indivíduo, mas também com as de quem cuida dele bem como com as geradas pelo relacionamento do paciente com o cuidador ou profissional.

O autor aborda ainda a importância da espiritualidade para a saúde humana, chamando a atenção para a solidariedade, altruísmo, oração de intervenção e o toque terapêutico (imposição de mãos ou passe) como processos essenciais para o processo de restabelecimento da doença (DUSEK, 2002)

Já para “j”, a dor crônica forte a fez questionar o porquê de tanto sofrimento (prece de questionamento).

Então eu pra te falar a verdade eu acho que sei lá, eu penso que, de certo eu falo comigo mesma: Oh meu Deus, será que eu mereço tudo isso? (j).

Para Pimenta e Portnoi (1999) e Rabelo (1993), a dor crônica vem carregada de sofrimento e de um desejo de cura. À dor é atribuído um significado cultural sendo frequentes, de acordo com estes trabalhos, os questionamentos acerca da dor e do por que foram obrigados a vivenciar tal experiência.

Assim, as religiões, as crenças e os valores morais são frequentemente instrumentos utilizados pelos indivíduos para entenderem suas experiências dolorosas (PIMENTA; PORTNOI, 1999; RABELO, 1993), o que fica claro quando esta entrevistada questiona Deus em sua prece.

De acordo com Pargament et al. (1988) existem três tipos de enfrentamento religioso-espiritual (ERE): aquele em que a pessoa é ativa durante todo o processo de tratamento e Deus é passivo, ou seja, a pessoa não recorre a religião, preces etc. para entender seus problemas; o *coping* em que a pessoa é passiva e Deus ativo (nesta caso, a pessoa joga a responsabilidade de sua vida no divino) e o terceiro quando há um equilíbrio entre buscas religioso-espirituais e a pessoa, ou seja, a pessoa inicia o processo de tratamento baseado em suas crenças e daí, caso não consiga respostas positivas, recorre a Deus. Embora os tipos I e III, de acordo com Pargament et al. (1988) estejam relacionados com a melhor saúde do indivíduo, o tipo I esteve mais associado ao aumento da morbidade e mortalidade que o tipo III.

Abaixo, um exemplo de prece de petição sem súplica e um clássico modelo de ERE tipo II que prejudica a saúde do indivíduo conforme os autores acima.

Vixxi, (sic), com certeza, porque tem dia que eu preciso rezar muito, pedir muita coisa. Eu peço p/ que Ele tome posse da minha vida pra mim, dos meus filhos, porque eu me sinto muito frágil, sim. Eu já acho que Ele foi muito generoso comigo (b).

Assim, foi observado em nosso trabalho que a prece é um modo de lidar com o problema, sendo os tipos II e III de ERE os encontrados tornando-se, conforme Rippentrop (2005), uma prática comum em pacientes dolorosos a medida que a idade avança.

Para Wachholtz, Pearce e Koenig (2007), técnicas de *coping* religioso/espiritual, principalmente práticas e crenças, interferem na percepção da dor em indivíduos com DCAME, pois proporcionam mudanças psicossociais importantes que, por sua vez, acarretam mudanças fisiológicas e neurológicas no doente alterando a percepção da dor. Quando do *coping* religioso-espiritual negativo, a percepção pode ser aumentada, sendo os resultados inversos quando do uso de CRE positivo.

Um exemplo de CRE positivo no caso da dor crônica é o presente no trabalho de Wachholtz e Keefe (2006) que explicam que o CRE pode diminuir a percepção da dor por direcionar a atenção do doente em Deus, por exemplo, e não em seu quadro clínico.

O perdão também foi um fator manifestado pela entrevistada “c” por lhe causar bem-estar.

(...) eu consigo perdoar aquilo que fazem ou então a gente apaga o passado e continuo de novo. Eu acho assim que são coisas que faz muito bem na família e na estrutura da gente (c).

Para esta entrevistada, o perdão esteve relacionado com a melhora do corpo, como ela diz “na estrutura da gente”. Para Luskin (2001), as mágoas decorrentes da falta de perdão trazem lembranças desagradáveis constantes acarretando efeitos fisiológicos semelhantes ao estado de raiva e depressão. Este estado é um dos responsáveis por aumentar o risco de doenças cardiovasculares bem como diminuir as respostas imunológicas que, para o autor, bem como para Wachholtz, Pearce, Koenig (2007), favorece a instalação de doenças, no caso aqui da DCAME.

Para Luskin (2001), as mágoas e os rancores desgastariam o indivíduo física e emocionalmente, hipótese esta sustentada após avaliar pessoas que, ao passarem pela

experiência do perdão, tiveram vida mais saudável, além de direcionarem suas vidas para outros objetivos senão a mágoa e as lembranças desagradáveis.

O trabalho de Svalina e Webb (2012) sugere que o perdão possa ser uma intervenção útil no contexto da reabilitação de pacientes com dor em um setor de fisioterapia uma vez que seus resultados lançaram luzes para pensar que a capacidade de se perdoar esteve associada com os estados de saúde mental e física melhores. O mesmo trabalho sugere que sentir-se perdoado por Deus pode melhorar a saúde sob o âmbito social.

Rippentrop et al. (2005) analisaram, além de outras variáveis, o efeito do perdão sob a percepção dolorosa de 157 indivíduos que possuíam dores crônicas de origem musculoesquelética. As facetas do perdão analisadas como expressão da espiritualidade diária foram: perdoar a si mesmo, perdoar os outros e sentir-se perdoado por Deus. O trabalho mostrou também que, quanto mais tempo de dor a pessoa relatou, menor foi sua capacidade de expressar estas facetas do perdão, o que repercutiu em sua saúde mental, diminuindo-a.

Além disso, para a saúde física, a capacidade de perdoar esteve relacionada neste estudo anterior com menor intensidade de dor medida por meio do Questionário de Dor de McGill e menor comprometimento das atividades de vida diária devido a ela.

4.3.2 Contato com o outro

Auxiliar o outro foi relatado por cinco entrevistadas como mais um fator que ameniza a percepção da dor. A entrevistada “d”, por exemplo, manifestou por meio de seus relatos que auxiliar alguém que precise promove o alívio total da sensação dolorosa.

(...) quando eu faço um trabalho, um trabalho de crochê, ou dar banho no meu pai, ah, eu agradeço: naquela hora eu não sinto dor! É sim, é tão gratificante né, que eu não sinto dor! (...) Aí, eu deitava ele no sofá com todo carinho, punha a bacia ali e eu ia lavando a cabeça dele e aquilo me dava uma satisfação muito grande, que ele sentia bem, cê entendeu (d).

Ocupar-se com uma tarefa de auxílio que proporciona satisfação à pessoa e o sentimento de algo gratificante, pode induzir ao deslocamento de sua concentração na dor para esta atividade. Assim, é provável que o indivíduo esqueça-se de focar a atenção em si e a percepção da dor diminui (WACHHOLTZ; KEEFE, 2006). O alívio da dor parece estar

relacionado com a ocupação e com o corpo físico descansado, conforme manifestado a seguir pela entrevistada “d”.

Nesta pesquisa, a ocupação gratificante foi considerada um fator que eleva o BEE do indivíduo pelo fato deste sentir-se saudável para trabalhar, sendo a percepção de boa saúde, um preditor de BEE elevado (MARQUES, 2003).

Eu sinto só a noite, depois quando eu deito assim que vem o cansaço que eu sinto a dor, mas o dia todo, assim, eu levanto um pouquinho com dor, né? Mas o dia todo, meu momento assim tá preenchido, eu não sinto dor (d).

No entanto, em outro trabalho (RIPPENTROP et al., 2005), indivíduos com DCAME que se sentiram mais abandonados por Deus do que uma amostra representativa aleatória dos EUA, não se importaram muito com a dor e o sofrimento alheios. Conforme os autores, estes resultados puderam ser explicados, pelo fato de, muitas vezes, a DCAME consumir emocionalmente o indivíduo, embotando-o em seus próprios sofrimentos, o que o leva a esquecer-se do sofrimento do outro.

Muitos destes doentes acabam por se isolar de outras pessoas por se sentirem abandonados por Deus, contribuindo para a compreensão do elevado nível de isolamento natural nesta enfermidade.

Para alguns sujeitos da presente pesquisa, no entanto, o contato com o outro possibilitou o olhar diferenciado para a dor percebida. De acordo com o relato de “c”, a dor que sente é um evento efêmero, ou seja, surge e desaparece, e o fato de existirem situações mais graves na vida, faz dela um fenômeno que não deve ser encarado com muita preocupação.

Olha não das melhores, mas também não das piores, porque nós temos coisas muito pior, é uma coisa que passa né? Que passa (c).

Para as entrevistadas “g”, “h” e “i”, a dor também se torna menor quando comparada a outras situações mais graves tornando-se motivo até de agradecimento.

Deus é muito bom, muito, muito, muito mesmo, nossa, eu olho pra trás, tem gente pior que eu, cê entendeu? Por isso que eu converso muito, eu falo senhor, eu sei que tem gente que tá pior que eu, que tá numa cama né? Que não anda, sofrendo e tudo (g).

Cê fica mais, cê fala: - Não, eu tô cuidando de mim. Eu tenho que agradecer a Deus, depois de tudo que eu passei, tem coisas piores, né? (h).

(...) você vai lá, o pessoal vai lá, dá um depoimento de uma coisa que passou. Cê fala: - Nossa! E eu ainda reclamava da minha vida? Então, eu acho que a gente tem que parar e pensar (i).

De acordo com esses relatos, a dor parece ser um evento cuja percepção de sua intensidade depende da interação com o outro e da forma como esta interação se dá. Ao olhar com empatia o outro que sofre mais, a percepção de sua dor pode se tornar diferente, menos intensa, provavelmente pelo desenvolvimento de ânimo e disposição para prosseguir no manejo do problema. Ânimo e disposição são exemplos da manifestação da espiritualidade individual (KOENIG; MCCULLOUGH; LARSON, 2001) que podem ocorrer também pelo fato desta afecção não ser tão grave e restringi-las a um leito, por exemplo.

A dor, uma experiência composta também pela percepção da intensidade da dor e pela tolerância a ela, pode ser interpretada de formas diferentes, exemplo é a tolerância à dor aumentada com a exposição do doloroso em diferentes culturas, o que o faz relatar uma sensação dolorosa menos intensa, mesmo a intensidade sendo a mesma para diferentes culturas (PIMENTA; PORTNOI, 1999).

A dor percebida então parece ser resposta a um processo reflexivo por parte da entrevistada “i”. Ela menciona que, quando vai à igreja e vê situações mais graves lá, sente vontade de “parar e pensar” para refletir se a dor que sente é mesmo tudo aquilo que julga sentir como relatado no trecho “*Então, eu acho que a gente tem que parar e pensar*”.

Isso pode nos levar a entender que uma parcela da experiência da dor percebida está relacionada com a capacidade de empatia, de se importar com ele, saindo da atenção focada em suas próprias dificuldades para direcionar seu olhar a outra pessoa ou a situações mais graves aumentando, portanto a tolerância à dor.

Para Pimenta e Portnoi (1999) e Rabelo (1993), a religião, por exemplo, pode moldar o indivíduo com relação às percepções de si mesmo, bem como sua resposta à dor, como foi explanado acima.

4.3.3 Reiki

A técnica Reiki foi utilizada pela entrevistada “e” como complemento ao tratamento que realiza na Clínica de Dor do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto.

Pra dor, eu também faço reiki (...). Aplico e recebo também (e)

Apenas esta entrevistada procurou outros métodos para o alívio de sua dor, além da abordagem empregada na Clínica de Dor do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto (CDHCRP). Esta clínica, embora possua tratamento psicológico e fisioterapêutico voluntário esporádicos, oferece basicamente tratamento por meio de bloqueios anestésicos (administração de medicamentos para o bloqueio da região dolorosa), como já mencionado.

Tal fato nos mostra a ausência da integralidade da assistência em um serviço público de saúde e a dificuldade (financeira pode ser uma delas) que pacientes que se apropriam deste serviço têm para expandirem suas opções de tratamentos.

O trabalho de Decker, Wardell e Cron (2012) objetivou analisar a eficácia de *reiki* em um grupo de 20 idosos com dor crônica por meio da comparação com outro grupo que não recebeu a técnica, apenas orientações sobre cuidados. Os indivíduos do grupo *reiki* receberam sete sessões de 30 minutos em pontos estabelecidos do corpo. Os parâmetros analisados foram: medida da intensidade da dor, atividades de vida diária e qualidade de vida. Estes resultados mostraram evidências de que a intensidade da dor diminuiu em ambos os grupos, embora esta não estatisticamente significativa, sendo que o grupo que recebeu a técnica apresentou também melhora nas atividades de vida diária.

Em suma deste tema III, observou-se que mulheres, em uma tentativa de se livrarem o mais rápido possível da DCAME frequentemente apropriam-se do CRE para lidarem com esta afecção, o que corrobora com vários estudos já explanados anteriormente.

4.4 Impactos da dor crônica

Os impactos negativos da DCAME na vida cotidiana de portadores do problema bem como para a sociedade de um modo geral são vastos. Vão da expressão subjetiva do sintoma físico que perpassa a experiência dolorosa até conflitos familiares, perda do emprego e da autonomia, desenvolvimento de baixa autoestima, problemas matrimoniais, distúrbios do sono, do apetite, do humor, dentre outros (SALVETTI; PIMENTA, 2007). Assim, com característica de doença multidimensional, o entendimento da afecção permeia várias áreas do conhecimento humano, sendo a biológica, apenas uma delas.

O fato de esta desordem ser crônica, incapacitante e modificadora da rotina (SALVETTI; PIMENTA, 2007), remete-nos à necessidade de estudar seus impactos a fim de aumentar nosso entendimento em relação ao que estas entrevistadas manifestaram ser BEE ou saúde espiritual.

Desta forma, para melhor compreender os impactos ocasionados pelo problema, o quarto e último tema, foi subdividido em três subcategorias: 1. Dor e as interferências na vida diária; 2. Medo da perda da autonomia e da independência e 3. Dor como aprimoramento pessoal/espiritual.

4.4.1 Dor e as interferências na vida diária

Todas as entrevistadas manifestaram, por conta da dor, algum dano em seus cotidianos. De alterações no ritmo do trabalho até sintomas psicológicos como o desejo de morte, a experiência dolorosa mostra-se como algo que interfere negativamente à medida que o problema se agrava.

A entrevistada “h” por exemplo, manifestou insatisfação com sua situação física pelo fato de a dor obrigá-la a se adaptar a uma nova realidade, prejudicando seu trabalho de crochê que era desempenhado por ela antes do início do problema.

Eu fazia crochê, não faço porque os braços doem. Parei! Parei de fazer tudo que eu fazia. Minha vida mudou, mudou, acabou, acabou, acabou! (h).

O distúrbio, que afeta músculos, articulações, fáscias e outras estruturas do sistema osteomuscular, na maioria das vezes, impossibilita o indivíduo de executar alguma atividade física sem dor (TEIXEIRA et al., 2001a). Como consequência, abandona a tarefa física

realizada outrora como uma reação de busca de conforto físico, o que induz à inatividade e à perpetuação dos sintomas decorrentes do quadro clínico (LAMÉ et al., 2005).

Além disso, a DCAME quando não tratada adequadamente acarreta em problemas de ordem social, como o manifestado acima, o qual induz em alterações na renda e sustento familiar (RIPPENTROP et al., 2005), sendo a ausência de iniciativas públicas visando o manejo desta afecção no tocante às alterações sociais decorrentes deste fenômeno, outro aspecto que deve ser levado em consideração no caso do doloroso crônico (RIPPENTROP et al., 2005).

Embora a dor já seja considerada uma doença que necessita de cuidados especiais (OLIVEIRA et al., 2003, MELZACK, 1999, 2004), o quadro clínico ainda é visto com muito desprezo por parte dos profissionais de saúde, principalmente fisioterapeutas (AUGUSTO et al., 2008), que a tratam ainda hoje, em sua grande maioria, como um sintoma físico e não como uma desordem complexa.

Assim, observa-se que, ao atrapalhar sua capacidade para o trabalho, o distúrbio prejudica a expressão do BEE, o qual foi manifestado, para muitas entrevistadas desta pesquisa, como sendo a capacidade para a realização do trabalho e a possibilidade de usufruírem de lazer.

Para “f”, a dor é semelhante a algo que lhe tira a atenção, prejudicando sua rotina pela falta de concentração nas atividades.

Assim, se eu tô com dor, a gente não consegue ficar bem centradinha né? Você até quer ficar bem equilibradinha, mas dói, é uma coisa chata! Ah, não é? (f).

A DCAME tanto persistente quanto intermitente normalmente é perturbadora por tornar o foco principal de atenção do indivíduo e dificultar em grande parte suas atividades de vida diária (SALVETTI; PIMENTA, 2007). É esta capacidade de centrar a atenção na sensação dolorosa, de acordo com o trabalho de Whitman (2007), o que faz da dor algo mais desagradável do que realmente seria, pois conforme a tradição Hindu explicitada em seu trabalho, o apego à questão da busca pela saúde é o que perpetua o sofrimento pela valorização de algo que é transitório, ou seja, o corpo físico e suas mazelas.

Do ponto de vista fisioterapêutico, o indivíduo observa a dor para encontrar possíveis causas e eliminá-las e, como esta afecção atinge o sistema osteomuscular, a pessoa irá referir

dor durante os movimentos tendendo a evitá-los (LAMÉ et al., 2005; TEIXEIRA et al., 2001a; YENG et al., 2006). Por meio da auto-observação, a entrevistada “d” percebeu que a dor desenvolveu nela certa limitação física e dor durante movimentos extremos do membro superior.

Dor? É pra observar que eu tenho que aprender assim, a me equilibrar e me observar. Se meu braço dói, eu não vou pegar uma coisa bem lá no alto, né?(d).

Outra alteração decorrente para “i” é o estresse e o nervoso. A DCAME parece desestabilizar emocionalmente o indivíduo, deixando-o estressado.

Estressada, nervosa, é o que mais me deixa quando eu tô com muita dor, isso me deixa muito estressada. Isso é só coisa negativa. Então, isso, nossa é a pior coisa que tem pra mim é isso (i).

Assim, conforme Melzack (1999, 2004) e Chapman et al. (2008), a dor gera uma resposta complexa de estresse nos sistemas nervoso, imunológico e endócrino que contribui significativamente para a experiência de dor pelo indivíduo, ao desestabilizar a homeostase do corpo. Os autores explicam que neurotransmissores, peptídeos, endocanabinóides, citocinas e hormônios formam esta resposta complexa em um evento de dor aguda para a sua regulação.

No entanto, na dor crônica, observa-se uma desregulação desta resposta, funcionando o corpo com perda de homeostase em função de fatores genéticos, epigenéticos, ambientais e principalmente em relação às experiências passadas que caracterizam cada pessoa (CHAPMAN et al., 2008).

A DCAME, além dos prejuízos mencionados, pode ser altamente destrutiva para o bem-estar psicológico e social do paciente, debilitando-o e deixando-o em situação de extremo estresse. Afeta o bem-estar psicológico por produzir emoções e sentimentos potencialmente maléficos para a pessoa como o nervoso, o estresse, a angústia, dentre outros manifestados por elas, porém não inseridos aqui (MARQUES, 2003), o qual indubitavelmente acarreta em prejuízo no tocante à sensação de BEE.

Para “e”, a dor causa o mau humor pelo fato de ser crônica e de todas as tentativas de tratamento, até o presente, não conseguirem diminuir significativamente ou até eliminar esta

sensação. De acordo com Melzack (1999, 2004), o que possibilita a cronificação da dor é a falha dos mecanismos biológicos de auto cura, as tentativas mal sucedidas de autocontrole bem como os fracassos dos tratamentos procurados.

A dor é muito desconfortável, eu fico com muito mal humor. É que assim já tem uns, vamos dizer assim, uns dez anos que eu tenho muita dor (e).

Sabe-se que crenças e práticas religioso-espirituais (R/E), quando rigorosamente compreendidas, estão associadas com resultados de saúde positivos em vários estudos (MARQUES, 2003; MARQUES et al., 2009; KOENIG et al., 2001; RIPPENTROP et al., 2005; WACHHOLTZ; PEARCE, 2009).

A interferência da dor na vida cotidiana foi também alvo de interesse no trabalho de Rippentrop et al. (2005). Os autores avaliaram este aspecto, além de outros que abordam diversos aspectos subjetivos da dor, por meio da Escala de Interferência do Inventário de Dor Multidimensional, a saber: experiência, intensidade da dor, interferência, angústia afetiva decorrente da dor, suporte, controle de vida, resposta à dor dos outros e capacidade de realizar atividades diárias e concluíram que todas estas variáveis acima mencionadas estiveram relacionadas com a interferência da dor na vida diária considerando plausível que pessoas com DCAME sejam mal-humoradas consigo, com os outros e com Deus pelo fato de a dor causar também dificuldades de auto sustento e provimento familiar.

A culpa e o ressentimento interferem na experiência da dor e na saúde mental, sendo a frustração e o desapontamento encontrados nesta população frequentemente associados com o desamparo de sistemas de financiamento ao doloroso crônico, fato que contribui para piorar a saúde nesta população (RIPPENTROP et al., 2005).

A espiritualidade, ao interferir na visão de mundo, influencia também a escolha das práticas e dos recursos utilizados no manejo da dor. Assim, a prática disciplinada de uma atividade R/E pode influenciar os receptores de serotonina no cérebro, o que pode regular o humor e a percepção dolorosa por aumentar os níveis de tolerância, diminuindo a intensidade da dor (PIMENTA; PORTNOI, 1999; RIPPENTROP, 2005; WACHHOLTZ; PEARCE, 2008, 2009).

Isso pode ocorrer pelo fato de que estas práticas relacionam-se com o aumento da felicidade e da satisfação da vida de seus praticantes, melhorando o humor com consequente

diminuição da percepção da mesma. Além disso, estas práticas estão relacionadas por diminuir a ansiedade, o que favorece o relaxamento muscular e o aumento da irrigação sanguínea nas áreas de dor relatadas pelos indivíduos desencadeando em diminuição da intensidade da dor (RIPPENTROP et al., 2005).

A entrevistada “h” ainda menciona que a dor, além de prejudicar suas atividades, funciona como um empecilho ao lazer, pois lhe tira a vontade de sair.

Muita, muita dor! Me atrapalha eu sair. Ele fala: vamos sair? Eu falo: -Eu não to com vontade, eu to com dor! A dor me atrapalha, me proíbe de fazer as coisas que eu queria fazer. Não é que me proíbe, eu não tenho vontade, eu não tenho vontade (h).

Para “c”, a dor deixa a pessoa “pra baixo”, ou seja, desanimada, chateada por não conseguir realizar suas funções como outrora, sendo que, de acordo com Marques (2003), o baixo BEE possibilita a exteriorização de sintomas como a apatia e o isolamento por pessoas com doenças crônicas.

Cê fica meio... a dor deixa a gente meio... pra baixo né? A gente quer por na cabeça alguma coisa mais positiva, mas a mente da gente não chega naquele ponto que a gente queria que fosse, não é? (...) Eu fico mais chateada, eu não posso sair pra ir na igreja que eu gosto de ir, gosto de tá indo, de tá participando, se você não tá se sentindo bem você não vai, né? Aí você fica chateado, não é um bem-estar. É eu acho que seria isso (c).

Assim, para a entrevistada “c”, a dor, experiência responsável por lhe causar desânimo, induziu-lhe, como uma forma de tolerá-la, a se isolar de outras atividades. Este afastamento social observado com frequência nesta população interfere também na busca do indivíduo de atividades físicas, as quais são consideradas de suma importância, em adição a outras técnicas, para o manejo do problema (GONÇALVES et al., 2009).

Assim, o isolamento é uma característica frequente de pessoas com dor crônica pelo fato de esta ocasionar, além de outros fatores, o mau-humor e assim a dificuldade de diálogo e convívio social, o que corrobora com os achados de Rippentrop (2005).

Para “g”, a dor tira a vontade de viver.

Faz sentindo assim, ver os netos, mas se eu pudesse escolher assim falar oh, se a dor vai aumentar você quer viver ou morrer: eu falo quero morrer, eu acho que sim! Porque é terrível (h).

Segundo Ruoff (1996), 50% dos pacientes com DCAME sofrem de depressão desenvolvendo, portanto um risco aumentado de ideação e tentativas suicidas, sendo para Fishbain (1996), a taxa de suicídio nesta população maior do que na população em geral.

Pessoas com DCAME se questionam se a vida vale a pena ser vivida, diferentemente de grupos com AIDS ou câncer em que a ameaça à vida se torna iminente (RIPPENTROP et al., 2005). De acordo com Marques (2003), a perda da vontade de viver é um sintoma frequentemente observado em pessoas com doenças crônicas que possuem baixo BEE.

Em suma, a entrevistada “i” resume o que a dor faz no cotidiano daquele que a sente: “a dor tira tudo da vida”, ou seja, prejudica a realização do trabalho, impede o lazer dentre outros, interferindo em seu BEE conforme mencionado anteriormente nos significados de BEE para esta população.

Esta entrevistada ainda se refere à dor forte como algo que a paralisa, que a deixa em um estado inerte, prejudicando sua comunicação e interação sociais.

Ela me tira tudo! Tira tudo da vida. Tira tudo, tira lazer, tira trabalho, tira, tira meu bem-estar, tira tudo. É ruim, cê vive, mas não viver, ai como to viva, ai, não! Na hora que você tá com dor então eu acho que a gente nem vive, vegeta, quando a dor tá forte (i).

O trabalho de Oliveira et al. (2003), cujo objetivo foi analisar, por meio de relatos subjetivos e pela aplicação da versão brasileira do Questionário McGill de Dor, os impactos da disfunção temporomandibular (DTM) em um grupo de 22 indivíduos, levou em consideração questões específicas sobre a qualidade de vida (prejuízo social, atividades da vida diária, percepção do outro, tolerância à dor, sensação de estar doente, sensação de utilidade e satisfação com a vida) e resultou em evidências de que a DTM prejudicou as atividades escolares e do trabalho em 59,09% dos casos, o sono em 68,18% e o

apetite/alimentação em 63,64%, possibilitando a inferência de que a DTM tem um impacto negativo na qualidade de vida do paciente.

O trabalho de Oliveira et al. (2003) ainda destacou que, embora menos frequente, a dor em 50% dos casos prejudicou o lazer e o relacionamento familiar, em 54,55% trouxe prejuízos nas atividades domiciliares e em 27,27%, foi apontada como fator que atrapalha o relacionamento com os amigos, induzindo os portadores da disfunção ao isolamento.

4.4.2 Medo da perda da autonomia e da independência

As entrevistadas manifestaram sentir medo, dúvidas e preocupação com relação à possibilidade do agravamento da dor no futuro, pois a disfunção, em algumas delas, apresenta-se personificada como uma pessoa que impõe a elas, restrições que as mesmas não desejam vivenciar.

O pensamento de um futuro em uma cadeira de rodas ou em uma cama como todas as entrevistadas manifestaram destaca o receio que sentem de pedirem o auxílio dos outros, perturbando e incomodando a vida alheia devido à dependência (falta de autonomia) e às restrições físicas para o trabalho remunerado. Os relatos abaixo sintetizam o exposto:

Mais tarde, se Deus me livre eu piorar, eu peço pra Deus, eu peço a misericórdia de Deus pra não me deixar numa cadeira de rodas, numa cama (a).

Tem que ficar lá numa cama, dependendo dos outros, acho que isso daí seria... eu tô andando, eu faço as minhas coisas (c).

Ah, assim medo! Eu tenho medo dela, eu tenho mais medo porque é assim, como eu sou muito autoritária, não, não é autoritária, como é que eu digo? Auto suficiente, eu faço as minhas coisas, não gosto que ninguém faz pra mim, sabe assim?(f).

A dor “catastrófica” tem sido amplamente definida como uma orientação negativa exagerada em direção a estímulos e a experiência da dor (SULLIVAN et al., 1995). Há cada vez mais evidências para o papel do medo do movimento na transição da dor aguda para a crônica, sendo de importância crucial a detecção desta reação por meio de triagem para a

correta intervenção precoce, pois para estes autores é um meio para impedir a cronificação (BUER; LINTON, 2002; LINTON, 2002).

A dor foi manifestada por estas entrevistadas como uma ponte que as liga ao final da vida (morte), sendo o medo do sofrimento que a dor possa lhes trazer no futuro, o que gera uma grande demanda espiritual para os pacientes com DCAME, ou seja, a necessidade de entender a morte e questões relacionadas.

Estas entrevistadas manifestaram reflexões acerca do envelhecimento do corpo e com ele o surgimento de condições físicas debilitadas, gerando preocupação com a impotência de executar tarefas do cotidiano diante da progressão do quadro clínico mesmo a enfermidade não sendo potencialmente fatal como o câncer ou AIDS, por exemplo.

Nota-se que, com o avançar dos anos, aumenta-se a probabilidade da pessoa sofrer de problemas crônico-degenerativos de saúde, os quais induzem a uma fragilidade física que, em muitas situações, colocam o indivíduo em condições de morbidade, restringindo e muito suas atividades diárias (WHO, 2001).

Estas alterações físicas podem abalar emocionalmente o indivíduo que, não poucas vezes, desenvolve baixa autoestima e alterações da autoimagem bem como uma baixa da autonomia funcional e dependência física de outros (WHO, 2001).

Embora a velhice seja uma fase do ciclo da vida caracterizada pela diminuição das funções físicas, perda da autonomia e de familiares, além da diminuição do poder aquisitivo (RIPPENTROP et al., 2005), nota-se, de acordo com Aragão, Dantas e Dantas (2002), que viver de forma autônoma e independente significa “*ser capaz de fazer qualquer atividade quando tiver vontade, mantendo-se forte e em movimento*”, sendo os exercícios de resistência muscular realizados com frequência, melhorando a autonomia e qualidade de vida no idoso, tirando-o da inatividade muito comum em dolorosos crônicos.

O trabalho de Gonçalves et al. (2009), cujo objetivo foi analisar os efeitos da abordagem multiprofissional na reabilitação de uma idosa com dor crônica de ombro, ressalta que, mesmo havendo tais limitações durante o processo de envelhecimento, a intervenção multiprofissional por três profissionais de diferentes áreas da saúde (médico, fisioterapeuta e educador físico) possibilitou o aumento da flexibilidade nos movimentos de flexão, extensão, abdução, adução e rotação lateral do hemicorpo direito e extensão, abdução, adução, rotação medial e lateral do hemicorpo esquerdo com diminuição da intensidade de dor em todos os movimentos e enfatizam a importância da abordagem multidimensional no tocante à

restauração da autonomia e da independência do doloroso crônico para a realização de suas atividades.

Este medo desenvolvido pelas entrevistadas diante do quadro clínico influencia o desenvolvimento e a manutenção das incapacidades pelo fato deste medo provavelmente funcionar impedindo as atividades físicas já que o corpo dói quando de alguma atividade (LAMÉ et al., 2005; JONG et al., 2012).

Com o objetivo de averiguar estes mesmos efeitos em um grupo de pessoas com dor crônica relacionadas ao trabalho e as mudanças na dor catastrófica, na dor relacionada com o medo e na intensidade da dor anotadas em um diário individualmente, Jong et al. (2012), que recrutaram em sua pesquisa 8 indivíduos para participação em uma rotina de tratamento durante seis meses acerca do medo manifestado em relação à dor, observaram uma diminuição de todas as variáveis analisadas imediatamente à exposição de cada indivíduo ao tratamento, proporcionando a cada um deles menor incapacidade e maior autonomia em suas tarefas.

A dor e o medo relacionado com a deficiência já estão bem esclarecidos na literatura em pacientes que possuem dor lombar (BUER; LINTON, 2002; CROMBEZ et al., 1999; SEVEREIJNS et al., 2001; SIEBEN et al., 2002; VLAEYEN et al., 1995) e em outros grupos de diagnóstico (KEEFE et al., 1989, 2000; SULLIVAN; KARLSSON, 1998; LAMÉ et al., 2005).

Luchetti et al. (2012) em trabalho de revisão mostrou haver uma intrínseca relação entre ansiedade, medo e DCAME sendo que pessoas ansiosas tem maior prevalência de dor crônica e vice e versa. O trabalho ainda mostra que a religiosidade e a espiritualidade são formas eficazes de lidar com a dor, atenuando sua percepção. O trabalho de Moreira-Almeida e Koenig (2008) também mostra estes achados.

Enfim, a autonomia e a independência parece não estarem relacionadas apenas com o incremento do sistema osteomuscular. As entrevistadas desta pesquisa relataram o medo do futuro em situações físicas muito debilitadas, o qual se destacou aqui como um aspecto importante para avaliação do doloroso crônico por contribuir para um padrão de inatividade física.

A observância deste aspecto possivelmente potencializará o treinamento muscular para ganhos das funções físicas e assim, da autonomia e da independência nesta população, restaurando o conforto físico para a expressão de BEE nesta população.

4.4.3 Dor para o aprimoramento pessoal/espiritual

Para Norris (2009), a experiência da dor é inculturada e subjetiva, sendo que a dor pode tanto ter uma causa específica quanto ser a causa para a transformação espiritual e o desenvolvimento de identidade pelo indivíduo.

A forma de interpretação e exteriorização da dor é diferente para ocidentais e orientais, diferindo ainda entre cada cultura específica. Um exemplo é a crença ou não no espírito humano e ainda a respeito de sua imortalidade (NORRIS, 2009).

Em culturas onde o corpo é constituído apenas de matéria e não há uma crença na vida após a morte, a dor deixa de ter significado de crescimento espiritual-pessoal e passa apenas a ser uma fonte de imenso sofrimento (NORRIS, 2009). Técnicas foram lançadas pela comunidade científica ocidental visando o alívio imediato da dor e do sofrimento o que, ao contrário do que se imaginava, aumentou a dor e o sofrimento nesta cultura por diminuir sua tolerância à sensação dolorosa (NORRIS, 2009; PIMENTA; PORTNOI, 1999).

Em contrapartida, em culturas onde se acredita que, além do corpo físico, há um corpo espiritual que também necessita de cuidados tanto quanto o físico, a dor passa a ser vista não só como uma disfunção fisiológica, mas como um distúrbio que só atingiu o corpo físico deste indivíduo pela negligência ao corpo espiritual (NORRIS, 2009). Este pensamento é muito comum em culturas orientais, a saber, por exemplo, no Budismo (SOOKSAWAT et al., 2013) e no Hinduísmo (WHITMAN, 2007).

Seis entrevistadas manifestaram ser a dor um evento que, embora negativo, tira-as da zona de conforto. No relato manifestado pela entrevistada “i”, a dor foi vista como algo necessário para dar movimento à vida, tirando-a da monotonia. Funcionou para ela, como mais uma engrenagem que se somou a tantas outras para possibilitar a mecânica vital, dando-lhe significado e direcionamento para sua rotina diária.

Porque as coisas não é assim e também não pode ter só coisas boas né? Já pensou? Ia ser tudo monótono! Ah, você ia desafiar o quê? Você ia enfrentar o quê? Não ia ter médicos, não ia ter patrão, não ia ter nada, nada, tudo perfeito. Ah, eu acho que também não ia ser legal! (i).

Para a entrevistada “d”, a dor existe para possibilitar a quem sente o aprendizado e o crescimento pessoal. O desenvolvimento de coragem bem como de resiliência decorrente da

experiência de dor crônica, conforme a entrevistada, pode ser considerado um atributo deste crescimento e aprendizado pessoais.

(...) Mas é ruim pra gente também porque a gente aprende né? Precisa, se existe é pra aprender, né? E crescer né? (d). É igual te falei, as limitações talvez alguma coisa que eu ia fazer de mal, talvez eu atribuo isso como uma coragem. A coragem pra enfrentar cada dia mais (d).

Para a entrevistada “f”, a dor também é vista como um problema que necessita de solução, como uma etapa necessária (problema) para “gerar coisas melhores” e dar graça à vida. Portanto, para ela, a dor (espinho) precisa ser vivenciada para que haja a valorização da vida (a rosa).

É, é assim! É uma maldade, né (risos)? É uma maldade que ganha ali pra gente atravessar aquela maldade, tem que eliminar ela da minha vida, né? Porque é assim, é através dos problemas é que a gente vai gerar coisas melhores, entendeu? Se você não passar, não vai ver, não é? É uma coisa em consequência da outra. Imagina se tudo fosse só rosa sem espinho? Hum... Eu acho que não teria graça. Porque é assim, já não dão valor a vida e se fosse assim, ia dar menos ainda. É não é? (f).

A entrevistada “e” manifestou que a dor possivelmente surge para torná-la uma “pessoa melhor”, sendo a empatia desenvolvida pelo sofrimento alheio percebido e o ato de se importar com o outro, aspectos dessa nova pessoa. Os relatos das entrevistadas “d” e “e” corroboram os achados de Amundsen (1982) ao mostrar em seus estudos históricos a visão da dor como um meio divino de testar o caráter e as virtudes de uma pessoa. Além disso, a dor, conforme este autor, surge para o indivíduo para que ele sirva de consolo para os que sofrem mais.

(...) De repente Ele me dá essa dorzinha aí também pra eu ficar uma pessoa melhor sabendo que eu tô com dor, cê entendeu? Que não é só eu que sinto dor, todo mundo sente. De repente, eu via aquela pessoa

lá com dor. Ah, será que dói? Cê olha assim pra eu tô bem. Será que essa menina sente dor? Olha, eu me chamando de menina (gargalhada). Será que ela sente dor? Mas, eu tô com dor aqui agora. Eu tô com dor aqui, eu tô com dor aqui e tô com dor nos dois pés! Cê entendeu?(e).

Para seis entrevistadas da pesquisa, a dor embora algo negativo, proporcionou a elas um modo de ver a vida, auxiliando-as na formação de suas visões de mundo. A percepção da sensação dolorosa possibilitou-lhes o desenvolvimento de coragem, de resiliência, de valorização da vida bem como de empatia pelo sofrimento alheio, agindo como uma mola propulsora que as possibilitou experimentar aspectos mais elevados do espírito humano.

O trabalho de Koenig, McCullough, Larson (2001) fez menção a estes aspectos mais elevados ao esclarecer que espiritualidade envolve a conquista de pensamentos e sentimentos, experiências bem como de comportamentos humanos que elevam o indivíduo durante sua busca para o sagrado, para a Verdade ou ainda para a Última Realidade.

A busca de tratamento é necessária para que indivíduos portadores do problema possam desfrutar de uma vida com menos sofrimento. Ao que parece, a tradição oriental, ao ver possibilidade de crescimento espiritual e pessoal na experiência da dor, mostra-nos a necessidade do desenvolvimento de auto-observação acerca de comportamentos e atitudes que possibilitaram a expressão da dor, sendo a correção destes, um meio para o alívio.

Além disso, os aspectos pessoais/espirituais que possivelmente são desenvolvidos por elas a partir da experiência dolorosa, como a coragem, a empatia e a resiliência, podem ser considerados como valores mais elevados pelo fato destes aspectos suavizarem a vivência que normalmente é cheia de turbulências entre as pessoas e entre as sociedades.

Em contrapartida, a visão ocidental, além de reducionista, é imediatista ao buscar amenizar rapidamente a sensação dolorosa como expressão de um desequilíbrio fisiológico apenas, perdendo a capacidade de, nesta experiência, encontrar causas preciosas que permitiram seu surgimento (NORRIS, 2009).

Embora a teoria da matriz neural tenha revelado que o cérebro, quando recebe o estímulo doloroso, realiza várias interconexões, integrando aspectos cognitivos, comportamentais, psicológico-afetivo, de memórias e outros para a expressão do que se considera experiência dolorosa (MELZACK, 2004), a dor gerou valores nestas entrevistadas,

como mencionado acima, valores estes que só foram possíveis de serem desenvolvidos por elas, a partir da suas experiências dolorosas.

O trabalho de Whitman (2007) mostra a forma como a religião Hindu entende e lida com a dor crônica e o sofrimento. Para esta, o sofrimento é pensado como um desdobramento do “*karma*”, ou seja, uma consequência da inadequada ação do passado, sendo também inerente aos ciclos de vida e do renascimento já que para esta tradição, a vida continua em espírito após a morte do corpo físico.

Esta tradição hindu promove uma aceitação do sofrimento como sendo uma consequência apenas das leis do “*karma*”, por perceberem que este é passageiro enquanto neste mundo, não afetando o seu verdadeiro “eu” imortal.

Além disso, para esta tradição, a dor crônica e o sofrimento são gerados pelo apego a este mundo, pelo desejo que as pessoas têm de quererem, de alguma forma, que as coisas sejam diferentes de como são. Tendo um caráter não só negativo, a dor crônica e o sofrimento auxiliam o indivíduo a observarem o apego que possuem ao corpo físico transitório, sendo, portanto a prática do desapego, de acordo com este estudo acima, uma meta espiritual que permite ao indivíduo voltar-se para Deus ou ainda Última Realidade, força superior, etc.

Esta religião, de acordo com a autora, utiliza como recursos para compreender o sofrimento gerado pela dor crônica, o *Yoga* e a meditação.

Em suma, neste último tema, pôde-se observar que a dor crônica possui vários impactos, sendo o físico, o psicológico, o social e o espiritual os manifestados pelas entrevistadas da pesquisa. Os impactos negativos como as interferências na vida diária e o medo de perderem a autonomia e a independência constituem fatores importantes para a explicação do por que o BEE geralmente é baixo nesta população (MARQUES, 2003, 2009).

De característica multidimensional, a dor enquanto sensação subjetiva permeia um universo de significados de acordo com cada cultura, o que interfere em sua expressão bem como na real sensação dolorosa manifestada pelo indivíduo.

No entanto, o BEE gerado por práticas religioso-espirituais, conforme vários trabalhos já citados no corpo do texto (NORRIS, 2009; SOOKSAWAT et al., 2013; TEIXEIRA, 2009; WHITMAN, 2007), possibilita entender o fenômeno dor e contribuir para o controle do problema.

5. CONCLUSÕES

O objetivo deste trabalho foi refletir sobre Bem-Estar Espiritual (BEE) em uma população com dor crônica por afecções musculoesqueléticas (DCAME).

O presente trabalho alcançou seu intuito, pois os resultados alcançados permitiram conclusões e considerações que facilitaram o esclarecimento acerca dos significados que o conceito de Bem-Estar Espiritual assume para mulheres portadoras da afecção, bem como da interferência que as causas atribuídas ao problema, as formas de alívio da dor e os impactos decorrentes da DCAME adquirem na sensação de BEE manifestada por elas.

Tendo em vista o primeiro tema, “Significados e manifestações do BEE”, pôde-se concluir que o bom relacionamento com Deus, consigo mesmo e com os outros deram significado à sensação de BEE na vida destas entrevistadas, sensação esta que pode interferir na saúde e, além disso, foi mencionada no trabalho como primordial (força primeira que possibilita a manifestação da vida), dinâmica e mutável (dependente das situações estressoras externas e da capacidade de lidar com elas).

Levantada no trabalho como um aspecto importante na conquista desta sensação, que também foi relatada como paz interna, a prática da religiosidade intrínseca (Organizacional ou não) possibilitou, pela provável mudança de visão de mundo, o surgimento de emoções positivas (a confiança, a fé, a esperança, a gratidão, o amor ao próximo são exemplos).

A dor, como um evento estressante, foi relatada aqui como um fator que impede a manifestação do BEE, pois desvia a atenção do indivíduo para o corpo que dói e para as limitações decorrentes do processo. Desta forma, a capacidade de enfrentar este evento torna-se de suma importância no controle da afecção e na conquista de saúde integral.

Assim, a ocupação (lazer, trabalho e auxílio familiar) como uma forma de direcionar os pensamentos para alguma atividade, juntamente com as emoções positivas decorrentes destas atividades, possibilitaram a reinterpretação da dor. As interações sociais proveitosas e gratificantes para o indivíduo decorrentes da ocupação favorecem a manifestação do BEE, o que também vai depender da forma como esta interação social se dá neste contexto.

Do ponto de vista fisiológico, atividades prazerosas liberam endorfina e acetilcolina, hormônios importantes respectivamente na sensação de diminuição da sensação dolorosa e de relaxamento muscular.

Como desfecho do primeiro tema, pôde-se apreender que independentemente das situações estressoras externas, o indivíduo para manter ou mesmo retornar ao estado de BEE, poderia observar-se nas diferentes circunstâncias adversas impostas pela vida, a fim de guiar

os pensamentos para rumos mais positivos, já que o que permeia esta sensação de BEE são também as emoções positivas desencadeadas nos diversos contextos sociais ou ainda a partir de crenças ou práticas (espirituais ou não) realizadas na vida.

Assim, uma necessidade espiritual latente destas entrevistadas é a de direcionar os pensamentos negativos, decorrentes da dor, por exemplo, para rumos mais positivos.

O segundo tema “Modelos explicativos para a dor” ressalta que o surgimento de emoções e sentimentos negativos pode manter o quadro doloroso. Ao se resgatar os significados de BEE trazidos neste trabalho, observa-se que as emoções negativas estão tão equiparadas a um estado de BEE baixo quanto à perpetuação da dor.

Outro aspecto do surgimento do quadro foi a sobrecarga física e os comportamentos ergonômicos inadequados do ponto de vista funcional. Alguns comportamentos e atividades neste trabalho foram fonte de problemas sociais, fazendo emergir sentimentos/emoções negativos tais como nervoso, irritação e impaciência.

Tendo como parâmetro a parte do funcionamento muscular, o excesso de trabalho físico impede o descanso e repouso da musculatura que trabalha sem cessar, podendo desenvolver as afecções musculares e dor ou até mesmo a própria DCAME.

Como já dito anteriormente, a auto-observação pode favorecer o conhecimento acerca do corpo e de seu funcionamento e assim, ainda viabilizar a prevenção de doenças já que esta pode favorecer uma visão de mundo mais ampla daquele que as vivencia podendo ampliar a capacidade do indivíduo de modificar escolhas profissionais que escolheram, por exemplo, para outras mais coerentes com a capacidade física do indivíduo, aumentando desta forma a sensação de BEE durante o trabalho.

No entanto, neste trabalho embora as entrevistadas conseguissem identificar algumas causas para o agravamento ou mesmo situações que possibilitam seu ressurgimento, percebeu-se, devido possivelmente às questões financeiras, ao contexto cultural inserido e à idade, que os mesmos hábitos e padrões posturais que desencadeiam a dor, continuam sendo praticados por elas, o que também torna mais difícil o combate ao problema.

A dor é um fenômeno intrigante. Na tentativa de entender o problema, causas sobrenaturais puderam ser ressaltadas: dor como resposta a um pecado e erros morais. No entanto, observou-se neste trabalho, a partir das causas atribuídas ao problema que, por trás da dor, existe uma parcela grande de possíveis fatores que assumem o caráter de agravantes ou fatores de risco para o desenvolvimento do problema.

Desta forma, a crença na causa sobrenatural da dor, como forma de expiar desvios morais cometidos foi manifestada como um enfrentamento religioso-espiritual negativo, já que este tipo de enfrentamento pode prejudicar tanto o indivíduo que, para se ver livre de seus erros morais, aceita sentir dor, às vezes, da mais severa possível.

Indubitavelmente esta crença insere-se neste contexto também como um meio de aceitação de uma dor que não possui função biológica e de negligência ao próprio desconforto físico, podendo desestimular o sujeito a procurar outras estratégias para o alívio de seu quadro clínico.

É esta capacidade de observação das formas pelas quais a dor se manifesta que se insere neste trabalho como crucial no manejo do problema, pois a causa pode ser entendida e assim combatida. Como já dito, este segundo tema trouxe como reflexão a auto-observação ou autoconhecimento como uma necessidade espiritual de mulheres portadores de DCAME, a fim de favorecer o BEE.

Embora a fisioterapia seja uma área do conhecimento responsável por levantar dados relevantes e detalhados a respeito das funções físicas exercidas pelos doentes, a fim de relacioná-las com a perpetuação da dor, a negligência aos aspectos emocionais e espirituais prejudiciais manifestados pelo doente durante a avaliação fisioterapêutica, também compõe um quadro de cronicidade do problema, pois as entrevistadas manifestaram alguma relação entre dor com sensações/sentimentos negativos.

Além destes aspectos, o próprio componente sensitivo da dor crônica oriundo aqui, da sobrecarga física e de comportamentos, hábitos e padrões posturais alterados, deve ser observado para esclarecer as pessoas no tocante à ergonomia durante tarefas extenuantes.

Embora este trabalho tenha apreendido como empecilho ao conforto físico e ao BEE a dificuldade de auto-observação pelas entrevistadas, as mesmas observaram que situações cotidianas que exaltem sua confiança, amparo, esperança, fé e perdão podem aliviar a percepção da sensação física de desconforto como exemplificado no tema III sendo ressaltado como uma necessidade espiritual: a busca de valores elevados pelo indivíduo.

Assim, neste trabalho, emoções e sentimentos elevados tiveram seu destaque no tocante ao alívio da percepção da sensação dolorosa. Estes sentimentos e emoções elevados também surgiram no contato com as pessoas ao redor que as levou a refletir sobre sua própria condição de saúde.

Sabe-se que as emoções e sentimentos positivos interferem tanto no equilíbrio hormonal, principalmente dos relacionados ao controle da dor, quanto em relação à percepção

da intensidade da dor e tolerância a ela. Neste trabalho, a dor mostrou-se de caráter inconstante, dependendo de situações externas tanto de ordem física (tipos de trabalho) quanto emocional (nervoso, impaciência, irritabilidade) e espiritual (perdão).

Pôde-se observar neste trabalho também uma escassez de abordagens para alívio da dor crônica manifestada pelas entrevistadas e, tendo em vista que a DCAME é uma doença que interfere no bem-estar físico, mental, social e espiritual, olhares para a integralidade da assistência para a abrangência dos aspectos acometidos na disfunção, deve ser um dos pontos a serem trabalhados no tocante ao manejo da afecção em trabalhos futuros.

O quarto tema “Impactos da dor crônica” mostra os prejuízos que um indivíduo portador do problema enfrenta. Os manifestados foram o afastamento do trabalho, desconcentração, desestabilização emocional os quais tira das entrevistadas a vontade de viver.

Além disso, este trabalho trouxe como impacto o desenvolvimento de medo da invalidez e da perda de autonomia à medida que o problema mostrou-se mais grave.

Como base os estudos discutidos neste trabalho, o desenvolvimento do medo da invalidez e da perda da autonomia deve ser observado por profissionais de saúde para o controle da afecção haja vista os trabalhos relacionados ao tema mostrarem ser este impacto, somado a outros, também responsável pelo agravamento e cronicidade da disfunção, o que induz a prejuízos no tocante à percepção da sensação de BEE nesta população.

Embora o presente trabalho tenha mostrado que portadores de DCAME desenvolvem problemas de ordem mental, física, emocional, social e espiritual, a dor foi a responsável por tirar as entrevistadas de uma zona de conforto, onde há certa monotonia. Assim, para elas, a dor possibilitou à vida movimento. Além disso, foi responsável por fazer o indivíduo olhar mais atentamente para os outros que sofrem mais.

Deste último tema, pôde-se apreender que a dor embora possua uma característica desagradável, foi também relacionada a uma função secundária: a de desenvolver nestas entrevistadas aspectos mais elevados do ser humano (a empatia, o desenvolvimento de coragem, de resiliência, de valorização da vida, bem como de empatia pelo sofrimento alheio), os quais indubitavelmente relacionam-se com BEE ou saúde espiritual.

Como conclusões finais, portadores de DCAME possuem algumas necessidades espirituais que se tornam evidentes apenas quando há a possibilidade de avaliar o indivíduo de uma forma mais ampla.

Necessidade de autoconhecimento, da busca de valores elevados, do perdão e o de conduzir os pensamentos para rumos mais positivos foram as necessidades espirituais encontradas, o que trouxe luzes ao melhor entendimento da dimensão espiritual e das demandas que portadores do problema possuem.

Assim, dentro do contexto hospitalar para o tratamento da dor crônica, um plano de tratamento que envolva não só os aspectos físicos e emocionais, mas também os espirituais como estes acima, podem auxiliar no manejo integral da afecção e em seu controle, sendo o autoconhecimento inclusive uma ferramenta importante para prevenir que desordens como estas alcancem patamares de difícil tratamento e se instalem no corpo.

Visando a prevenção de doenças, no caso aqui da dor crônica, o conhecimento destas necessidades espirituais, somado às abordagens física, psíquica, emocional e social, pode auxiliar o profissional da saúde a direcionar sua avaliação e assim sua proposta de prevenção para um grupo de prevenção de dor, por exemplo, certamente com possibilidades de sucesso no tocante à diminuição de casos de pessoas suscetíveis a desenvolver o problema.

Em suma, pôde-se ressaltar a importância do BEE no contexto da saúde, sua complexidade do entendimento na prática clínica, a popularidade da prece como recurso espiritual entre as entrevistadas, a complexidade dos mecanismos fisiológicos, psíquicos, emocionais, sociais e espirituais da própria DCAME o que a torna um assunto que requer exaustivo incentivo a pesquisas para remanejamento da prática clínica atual.

REFLEXÕES PARA A PRÁTICA FISIOTERAPEUTA

Após estas conclusões, pôde-se refletir que, embora manifestado nesta pesquisa como o fator primordial para a conquista de saúde, o Bem-Estar Espiritual (BEE) para ser valorizado e avaliado dentro do contexto hospitalar, necessita de uma equipe multiprofissional que tenha, antes de tudo, interesse, comprometimento e conhecimento pela temática, bem como tenha iniciado um processo de autoconhecimento (conhecimento sobre si) que permita dar vazão para estes tipos de estudos neste contexto.

Em um ambiente hospitalar público, o entendimento das necessidades geradas pelo doloroso crônico, principalmente as relacionadas ao BEE, torna-se bem precário, por ser pouco conhecido, além de os hospitais públicos lotados e a dificuldade de agendamentos de consultas poderem contribuir para dificultar a inserção desta abordagem mais humanizada no contexto hospitalar. As necessidades espirituais geradas acabam sendo, na grande maioria, negligenciadas dentro de um hospital como este onde a pesquisa foi desenvolvida.

Embora o fisioterapeuta tenha dificuldades de inserir-se em uma equipe multiprofissional abordando as questões espirituais (crenças e práticas), a postura ativa deste profissional, ou seja, com comprometimento, embasamento teórico para expor ideias e estudo sobre tais questões, pode facilitar sua inserção neste contexto.

O conhecimento de tais aspectos do indivíduo pelo fisioterapeuta faz parte de uma abordagem integral e também deve ser incentivado e incorporado, em um futuro próximo, às disciplinas da grade curricular da Fisioterapia já que, do ponto de vista da fisioterapia, como ciência que estuda o movimento humano, este conhecimento facilitaria a compreensão dos processos pelos quais a DCAME se desenvolve e se perpetua.

Desta forma, para o fisioterapeuta, o conhecimento desta dimensão se faz muito importante, pois tratamos pessoas, e não partes do corpo delas que, além de manifestarem a importância dos aspectos espirituais (crenças e práticas) em suas vidas, atribuem à vivência destes aspectos, a razão pela qual se sentem bem e motivadas a viver e a querer o tratamento.

Assim, cabe ao fisioterapeuta, que é um dos profissionais que mais lida com a DCAME em seu ambiente de trabalho, buscar meios de se aprimorar enquanto profissional que enfatiza a integralidade da assistência prestada, para conseguir observar e compreender certas instabilidades do estado emocional desencadeadas, por exemplo, por crenças e práticas religioso-espirituais, durante o processo de tratamento deste doente.

Além disso, a questão da integralidade da assistência merece um destaque. A dor, com suas várias facetas, para ser bem diagnosticada e tratada, requer uma equipe multiprofissional

especializada e integrada, com conhecimentos aprofundados sobre fisiologia, epidemiologia e sobre os impactos da dor crônica para a população e para o governo.

Mas afinal, o quanto custam estas especializações para o profissional que trata desta desordem? O quanto custa para o governo integrar, e não só contratar profissionais para atuarem numa mesma causa? O quanto custaria para o paciente, na iniciativa privada, uma abordagem multiprofissional especializada que incluía fisioterapeutas, médicos, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, dentre outros?

O paciente pode ainda, ao final de uma consulta com um especialista na área, sair com uma prescrição tão onerosa que o faz recorrer ao serviço público ainda deficitário de cuidados integrais. Assim, políticas públicas precisam ser encorajadas visando à saúde integral da população com DCAME, enfatizando o lazer, o encorajamento de práticas religioso-espirituais, por parte do fisioterapeuta, bem como pela equipe de saúde, quando percebida certa abertura ao diálogo destes aspectos, para atuarem como coadjuvantes ao tratamento.

A DCAME é algo tão complexo que, para a equipe multiprofissional tratar adequadamente este doente, é necessário, antes de tudo, um conhecimento aprofundado das causas que, por ventura, possam influenciar e deturpar a causa original, somando-se e produzindo um aspecto ainda mais complicado do problema.

A falta de recursos financeiros e sua má administração pelo governo, além das dificuldades financeiras das próprias entrevistadas para a melhora de sua saúde, podem ser encaradas como potentes empecilhos à prática da integralidade da assistência.

Assim, o incentivo a estudos que visem à integralidade mostra-se tão importante, do ponto de vista da saúde do indivíduo, quanto o estímulo a estudos que comprovem a eficácia de uma determinada técnica para a dor.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDERSEN, S., WORM-PEDERSEN, J. The prevalence of persistent pain in a Danish population. *Pain*, v.4, p.332, 1987.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA. 2012.

ALLPORT, G. W.; ROSS, J. M. Personal religious orientation and prejudice. **Journal of Personality and Social Psychology**, v.5, n.4, p.432-443, 1967.

AMELING, A. Prayer: an ancient healing practice becomes new again. **Holistic Nursing Practice**, v.14, p.40-48, 2000.

AMUNDSEN, D.W. The Physician's Obligation to Prolong Life: A Medical Duty without Classical Roots. **Hastings Center Report**, v.8, n.4, p.23-30, 1978.

ARAGÃO, J.C.B.; DANTAS, E.H.M.; DANTAS, B.H.A. Efeitos da resistência muscular localizada visando à autonomia funcional e a qualidade de vida do idoso. **Fitness & Performance Journal**, v.1, n.3, p.29-37, 2002.

ASTIN, J.A. Why patients use alternative medicine: results of a national study. **The Journal of the American Medical Association**, v.279, n.19, p.1548-1553, 1998.

AUGUSTO, V.G. *et al.* Um olhar sobre as LER/DORT no contexto clínico do fisioterapeuta. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v.12, n.1, p.49-56, 2008.

BAETZ, M.; BOWEN, R. Chronic pain and fatigue: Associations with religion and spirituality. **Pain research and management**, v.13, n.5, p.383-388, 2008.

BAKER, F.; INTAGLIATA, J. Quality of life in the evaluation of community support systems. **Evaluation and Program Planning**, v.5, p.69-79, 1982.

BARDIN, L. **Análise do Conteúdo**. Lisboa: Ed. 70, 1977.

BENOLIEL, J.Q. Multiple meaning of pain and complexities of pain management. **Nursing Clinics of North America**, v.30, n.4, p.583-96, 1995.

BLYTH, F.M. *et al.* Chronic pain in Australia: a prevalence study. **Pain**, v.89, p.127-134, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **ABC do SUS: doutrinas e princípios**. Brasília, DF, 1990.

_____. Normas para pesquisa envolvendo seres humanos. Resolução nº 196 do Conselho Nacional de Saúde. MS, Brasília, 1996.

_____. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 971, de 3 de Maio de 2006**. Brasília, DF, 2006.

BRATTBERG, G. Epidemiological studies of pain. Acta Universitatis Upsaliensis, Comprehensive Summaries of Uppsala Dissertations, 196. Uppsala, Faculty of Medicine. 52p. 1989.

BONICA, J.J. History of pain concepts and pain therapy. **Mount Sinai Journal of Medicine**, v.58, n.3, p.191-202, 1991.

BOURDIEU, P. **A miséria do mundo**. Tradução de Mateus S. Soares. 3a edição. Petrópolis: Vozes, 1999.

BORG, J. *et al.* The Serotonin System and Spiritual Experiences. **The American Journal of Psychiatry**, v.160, p.1965–1969, 2003.

BREIVIK, H. *et al.* Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. **European Journal of Pain**, v.10, p.287–333, 2006.

BUER, N.; LINTON, S.J. Fear-avoidance beliefs and catastrophizing: occurrence and risk factor in back pain and ADL in the general population. **Pain**, v.99, n.3, p. 485-491, 2002.

BÜSSING, A. *et al.* Reliance on God's help, depression and fatigue in female cancer patients. **International Journal of Psychiatry Medicine**, v.38, p.357-372, 2008.

BÜSSING, A. *et al.* Are Spirituality and Religiosity Resources for Patients with Chronic Pain Conditions? **Pain Medicine**, v.10, n.2, p.327-339, 2009.

BÜSSING, A.; BALZAT, H.J.; HEUSSER, P. Spiritual needs of patients with chronic pain diseases and cancer. **European Journal of Integrative Medicine**, v.2, p.175–215, 2010.

BÜSSING, A.; KOENIG, H.G. Spiritual Needs of Patients with Chronic Diseases. **Religions**, v.1, p.18-27, 2010.

BYRD, R.C. Positive therapeutic effects of intercessory prayer in a coronary care unit population. **Southern Medical Journal**, v.81, n.7, 1988.

CARVALHO, A. J. F. P.; ALEXANDRE, N.M.C. Sintomas osteomusculares em professores do ensino fundamental. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v.10, n.1, p.35-41, 2006.

CAVALCANTI, R. O retorno do conceito do sagrado na ciência In: Teixeira *et al.* Espiritualidade e qualidade de vida. EDIPUCRS, 2004.

CALLAHAN, L.F. Use of complementary and alternative medicine among patients with arthritis. **Preventing chronic disease**, v.6, n.2, p.1-23, 2009.

CALVETTI, P.Ü.; MULLER, M.C.; NUNES, M.L.T. Qualidade de vida e Bem-Estar Espiritual em pessoas vivendo com HIV/AIDS. **Psicologia em Estudo**, v.13, n.3, p.523-530, 2008.

CHANDLER, C. K.; HOLDEN, J.M.; KOLANDER, C.A. Counseling for spiritual wellness: Theory and practice. **Journal of Counseling and Development**, v.71, p.168–175, 1992.

CHAPMAN, C. R.; TUCKETT, R.P.; SONG, C.W. Pain and Stress in a Systems Perspective: Reciprocal Neural, Endocrine, and Immune Interactions. **The Journal of Pain**, v.9, n.2, p.122-145, 2008.

CECCATO, M.W. et al. O papel do fisioterapeuta na atenção primária à saúde em comunidades de baixa renda. **Revista Fisioterapia em Movimento**, IV(2), 1992.

CHOWDHURY, R.M.I.; FERNANDO, M. The Role of Spiritual Well-Being and Materialism in Determining Consumers' Ethical Beliefs: An Empirical Study with Australian Consumers. **Journal of Business Ethics**, v.113, n.1, p.61-79, 2013.

CROMBEZ, G.; ECCLESTON, C.; BAEYENS, F.; VAN HOUDENHOVE, B.; VAN DEN BROECK, A. Attention to chronic pain is dependent upon pain related fear. *Journal of Psychosomatic Research*, v.47, n.5, p. 403-410, 1999.

DAVIS, P. J. et al. Multidimensional Subgroups in Migraine: Differential Treatment Outcome to a Pain Medicine Program. **Pain Medicine**, v.4, n.3, 2003.

DECKER, S.; WARDELL, D.W.; CRON, S.G. Using a healing touch intervention in older adults with persistent pain: a feasibility study. **Journal of Holistic Nursing**, v.30, n.3, p.205-213, 2012.

DENZIN, N.K.; LINCOLN, Y.S. Handbook of qualitative research. In: TURATO, E.R. **Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construções teóricas epistemológica – discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas**. Petrópolis: Editora Vozes, 2003.

DOSSEY, L. The return of prayer. **Alternative Therapies in Health and Medicine**, v.3, n.6, p.10-17, 1997.

DUARTE, J.; BARROS, A. Métodos e técnicas de pesquisa em comunicação. São Paulo: Atlas, 2005.

DUNN, K.S.; HORGAS, A.L. Religious and Nonreligious Coping in Older Adults Experiencing Chronic Pain. **Pain Management Nursing**, v.5, n.1, p.19-28, 2004.

DUSEK, J.A. Study of therapeutic effects of intercessory prayer (STEP): study design and research methods. **American Heart Journal**, v.143, p.577-584, 2002.

ELIOT, A.M. et al. The epidemiology of chronic pain in the community. **Lancet**, v.354, p.1248-52, 1999.

ELLISON, C. W. Spiritual well-being: conceptualization and measurement. **Journal of Psychology and Theology**, v.11, n.4, p.330-340, 1983.

EISENBERG, L. Disease and illness: distinctions between professional and popular ideas of sickness. **Culture, Medicine and Psychiatry**, v.1, p.9-23, 1977.

EISENBERG, N.; STRAYER, J. Empathy and its development. Cambridge studies in social and emotional development. New York, NY, US: Cambridge University Press, p.3-13, 406 p. 1987.

FERREIRA, A.R.C. Qualidade de vida e espiritualidade em idosos com dor crônica. Dissertação de Mestrado **Universidade de Aveiro**. Secção Autónoma de Ciências da Saúde, 2010.

FILLINGIM, R.B. et al. Sex, Gender, and Pain: A Review of Recent Clinical and Experimental Findings. **The Journal of Pain**, v.10, n.5, p.447-485, 2009.

FISHBAIN, D.A. Current research on chronic pain and suicide. **The American Journal of Public Health**, v.86, p.1320–1321, 1996.

FISHER, J. W. Helps to fostering students' spiritual health. **International Journal of Children's Spirituality**, v.4, n.1, p.29–49, 1999.

FISHER, J.W.; FRANCIS, L.; JOHNSON, P. Assessing Spiritual Health via Four Domains of Spiritual Well-being: The SH4DI. **Pastoral Psychology**, v.49, n.2, p.133-145, 2000.

FLICK, U. Introdução à pesquisa qualitativa (3a ed., J. E. Costa, Trad.). São Paulo: Artmed, 2009.

FONSECA, N. R.; PENNA, A. F. G.; SOARES, M. P. G. Ser cuidador familiar: um estudo sobre as consequências de assumir este papel. **Physis**, v.18, n.4, p.727-743, 2008.

FONTANELLA, B.J.B.; RICAS, J.; TURATO, E.R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, v.24, n.1, p.17-27, 2008.

FONTES, K.B.; JAQUES, A.E. O papel da enfermagem frente ao monitoramento da dor como 5º sinal vital. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v.6, n.2, p.481-487, 2007.

GASTAUD, M.B. et al. Bem-Estar Espiritual e transtornos psiquiátricos menores em estudantes de Psicologia: estudo transversal. **Revista de Psiquiatria**, v.28, n.1, p.12-18, 2006.

GEORGE, L.K.; ELLISON, C.G.; LARSON, D.B. Explaining the relationships between religious involvement and health. **Psychological Inquiry**, v.13, p.190-200, 2002.

GERBERSHAGEN, K. Significance of health-related quality of life and religiosity for the acceptance of chronic pain. **Schmerz**, v.22, n.5, p.586-93, 2008.

GIOVANNETTI, M. et al. Necrose tecidual: efeito colateral do Voltaren. Relatos de caso e discussão da fisiopatologia. **Revista do Hospital das Clínicas da Faculdade de São Paulo**, v.48, n.1, p.39-42, 1993.

GANDHI, M.K. **A roca e o calmo pensar**. Editora Palas Athena, São Paulo, 1991.

GOODLOE, R.; ARREOLA, P. Spiritual health: Out of the closet. **Health Education**, v.23, n.4, p.221–226, 1992.

GONÇALVES, R. et al. Análise da abordagem interdisciplinar na reabilitação da dor crônica de ombro: um estudo de caso. **Revista da Faculdade de Educação Física (UNICAMP)**, v.7, n.1, 2009.

GUGELMANN, H. et al. Multidisciplinary intervention decreases the use of opioid medication discharge packs from 2 urban EDs. **The American Journal of Emergency Medicine**, v.6757, n.13, 2013.

GUIMARÃES, H.P.; AVEZUM, A. O impacto da espiritualidade na saúde física. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v.34, n.1, p.88-94, 2007.

HARMON, R.L.; MYERS, M.A. Prayer and meditation as medical therapies. **Physical Medicine Rehabilitation Clinics of North America**, v.10, n.3, p.651-662, 1999.

HASSED, C. Use in chronic pain management. **Australian Family Physician**, v.42, n.1/2, p. 112-117, 2013.

HAWKS, S. Spiritual health: Definition and theory. **Wellness Perspectives**, v.10, p.3–13, 1994.

HEBERT, R. et al. Positive and negative religious coping and wellbeing in women with breast cancer. **Journal of Palliative Medicine**, v.12, p.537-545, 2009.

HELMAN, C.G. Cultura, saúde e doença. 3ª ed. Artes Médicas, Porto Alegre, 1994.

HERSH, G. Leisure and aging. **Physical & Occupational Therapy in Geriatrics**, v.9, p.55-78, 1990.

HO, K.Y.; JONES, L.; GAN, T.J. The effect of cultural background on the usage of complementary and alternative medicine for chronic pain management. **Pain Physician**, v.12, n.3, p.685-688, 2009.

HOFFMANN, F.S.; MULLER, M.C.; FRASSON, A.L. Repercussões psicossociais, apoio social e Bem-Estar Espiritual em mulheres com câncer de mama. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v.7, n.2, p.239-254, 2006.

HOOD-MORRIS, L. E. A spiritual well-being model: Use with older women who experience depression. **Issues in Mental health Nursing**, v.17, p.439–455, 1996.

IASP - Classification of Chronic Pain. Description of pain syndromes and definitions of pain terms, **Pain**, v.3, 1986.

JACOBSON, L.; LINDGARDE, F.; MANTHORPE, R. The commonest rheumatic complaints of over six week' duration in a twelve-month period in a defined Swedish population. **Scandinavian Journal of Rheumatology**, v.18, p.353-60, 1989.

JAMES, F.R. et al. Epidemiology of pain in New Zealand, **Pain**, v.44, p.279–283, 1991.

JONES, C.M.; MACK, K.A.; PAULOZZI, L.J. Pharmaceutical overdose deaths, United States, 2010. **The Journal of the American Medical Association**, v.309, n.7, p.657-659, 2013.

JONG, J.R. et al. Reduction of pain-related fear and increased function and participation in work-related upper extremity pain. **Pain**, v.153, n.10, p.2109-18, 2012.

JOYCE, C.R.B.; WELLDON, R.M.C. The objective efficacy of prayer: A double-blind clinical trial. **Journal of Chronic Diseases**, v.18, n.4, p.367–377, 1965.

KAPLAN, R. M. Spirituality, religiousness, and health: From research to clinical practice [Special issue]. **Annals of Behavioral Medicine**, v.24, 2002.

KEEFE, F.J. et al. Coping with rheumatoid arthritis pain: catastrophizing as a maladaptive strategy. **Pain**, v.37, n.1, p.51–6, 1989.

KEEFE F.J. et al. The relationship of gender to pain, pain behavior, and disability in osteoarthritis patients: the role of catastrophizing. **Pain**, v.87, n.3, p.325–334, 2000.

KOENIG, H.G.; GEORGE, L.K.; SIEGLER, I.C. The se of religion and other emotion-regulating coping strategies among older adults. **The Gerontologist**, v.28, n.3, p.303-310, 1988.

KOENIG H.G. et al. Attendance at religious services, interleukin-6, and other biological indicators of immune function in older adults. **The International Journal of Psychiatry in Medicine**, v.27, p.233-250, 1997.

KOENIG, H.G.; MCCULLOUGH, M.E.; LARSON, D.B. **Handbook of religion and health**. Oxford, England: Oxford University Press, 2001.

KOENIG, H.G. **Chronic pain: biomedical and spiritual approaches**. Binghamton, NY: Haworth Press, 2003.

KOENIG, H.G. Religion, spirituality, and medicine: research findings and implications for clinical practice. **South Medicine**, v.97, p.1194-200, 2004.

KOENIG, H. G. Commentary: Why Do Research on Spirituality and Health, and What Do the Results Mean? **Journal of Religion and Health**, 2012.

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

LAMÉ, I.E. et al. Quality of life in chronic pain is more associated with beliefs about pain, than with pain intensity. **European Journal of Pain**, v.9, n.1, p.15–24, 2005.

LANGDON, E.J.; WILK, F.B. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.18, n.3, 2010.

LARSON, D.B.; SWYERS, J.P.; MCCULLOUGH, M.E. Scientific research on spirituality and health: a consensus report. Rockville, MD: National Institute for Healthcare Research; 1997.

LEITE, F.; GOMES, J. Dor crônica em um ambulatório universitário de fisioterapia. **Revista de Ciências Médicas de Campinas**, v.15, n.3, p.211-221, 2006.

LEHMANN, J.F.; DE LATEUR, B.J. Ultrasound, shortwave, microwave, laser, superficial heat and cold in the treatment of pain. In: Melzack R, Wall PD, eds. **Handbook of Pain Management**. Edinburgh: Churchill Livingstone, p.473–483, 2003.

LEVIN, J. S. Religion and health: Is there an association, is it valid, and is it causal? **Social Science & Medicine**, v.38, p.1475–1482, 1994.

LIMA, M.A.G.; TRAD, L.A.B. A dor crônica sob o olhar médico: modelo biomédico e prática clínica. **Cadernos de Saúde Pública**, v.23, n.11, p.2672-2680, 2007.

LINTON, S.J. Early identification and intervention in the prevention of musculoskeletal pain. *The American Journal and Medicine*, v.41, n.5, p.433-42, 2002.

LUCCHETTI, G. et al. Anxiety and Fear-Avoidance in Musculoskeletal Pain. **Current Pain Headache Report**, v.16, n.5, p.399-406, 2012.

LUTGENDORF, S.K. et al. Religious participation, interleukin-6, and mortality in older adults. **Health Psychology**, v.23, n.25, p.465-475, 2004.

LUSKIN, F. Review of the Effect of Spiritual and Religious Factors on Mortality and Morbidity with a Focus on Cardiovascular and Pulmonary Disease. **Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation**, v.20, n.8, p.8-15, 2000.

MACHADO, M.F.A.S. et al. Integralidade, formação em saúde, educação em saúde e as propostas do SUS. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.12, n.2, p.335-342, 2007.

MAGALHÃES, M.O. et al. Attitudes and beliefs of Brazilian physical therapists about chronic low back pain: a cross-sectional study. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v.16, n.3, p.248-53, 2012.

MAILIS, A.; PAPAGAPIOU, M. Profile of patients admitted to the pain facility of a university affiliated acute care hospital. **Pain Clinic**, v.6, p.71-82, 1993.

MARQUES, L.F. A saúde e o bem-estar espiritual em adultos porto-alegrenses. **Psicologia, Ciência e Profissão**, v.23, n.2, p.56-65, 2003.

MARQUES, L.F.; SARRIERA, J.C.; DELL'AGLIO, D.D. Adaptação e validação da escala de bem-estar espiritual. **Avaliação Psicológica**, v.8, n.2, p.179-186, 2009.

MCCAULEY, J. Daily Spiritual Experiences of Older Adults With and Without Arthritis and the Relationship to Health Outcomes Arthritis & Rheumatism. **Arthritis Care & Research**, v.59, n.1, p.122-128, 2008.

MELZACK, R.; WALL, P.D. Pain mechanics: a new theory. **Science**, v.150, p.971-979, 1965.

MELZACK, R.; WALL, P.D.; TY, T.C. Acute pain in an emergency clinic: latency of onset and descriptor patterns related to different injuries. **Pain**, v.14, p.33-43, 1982.

MELZACK, R.; WALL, P.D.; TY, T. C. The psychology of pain. In: MELZACK, R.; WALL, P.D.; TY, T. C The challenge of pain. 2nd ed London, Penguin Books, p. 15-33, 1991.

MELZACK, R. From the gate to the neuromatrix. **Pain**, n.6, p.121-126, 1999.

MELZACK, R. Evolution of the neuromatrix theory of pain. The Prithvi Raj Lecture: presented at the third World Congress of World Institute of Pain, Barcelona 2004. **Pain Practice**, v.5, p.85-94, 2005.

MENOSSE, M.J.; LIMA, R.A.G.; CORRÊA, A.K. A dor e o desafio da interdisciplinaridade no cuidado à criança. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.16, n.3, p.489-494, 2008.

MERSKEY, H. Classification of chronic pain, descriptions, of chronic pain syndromes and definitions of terms. **Pain**, v.3, p.S217, 1986.

MERSKEY, H.; BOGDUK, N. **Classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms**. 2nd ed. Seattle: IASP Press; 1994.

MILLER, W. R.; THORESEN, C. E.; JONES, S. L. Spirituality, religion, and health [Special section]. **American Psychologist**, v.58, p.24-74, 2003.

MINAYO, M.C.S. Saúde-doença: Uma concepção popular da Etiologia. **Cadernos de Saúde Pública**, v.4, n.4, p.363-381, 1988.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**. São Paulo: Editora Hucitec, 2010.

MOBERG, D. O. Assessing and measuring spirituality: confronting dilemmas of universal and particular evaluative criteria. **Journal of Adult Development**, v.9 n.1, p.47-60, 2002.

MOREIRA-ALMEIDA, A.; KOENIG, H.G. Religiousness and spirituality in fibromyalgia and chronic pain patients. **Current Pain and Headache Reports**, v.12, p.327-332, 2008.

NAIRN, R.C.; MERLUZZI, T.V. The role of religious coping in adjustment to cancer. **Psychooncology**, v.12, p.428-441, 2003.

NORRIS, R. S. The paradox of healing pain. **Religion**, v.39, p.22-33, 2009.

O'CONNELL, K.A.; SKEVINGTON, S.M. To measure or not to measure? Reviewing the assessment of spirituality and religion in health-related quality of life. **Chronic Illness**, v.3, p.77-87, 2007.

OLIVEIRA, J.T. Aspectos comportamentais das síndromes de dor crônica. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, v.58, n.2-A, p.360-365, 2000.

OLIVEIRA, A.S. et al. Impacto da dor na vida de portadores de disfunção temporomandibular. **Journal of Applied Oral Science**, v.11, n.2, p.138-43, 2003.

PACHECO, R.C.S.; TOSTA, K.C.B.T.; FREIRE, P.S. Interdisciplinaridade vista como um processo complexo de construção do conhecimento: uma análise do Programa de Pós-Graduação EGC/UFSC. **Revista Brasileira de Pós-Graduação**, v.7, n.12, p.136-159, 2010.

PARGAMENT, K.I. et al. Religion and the problem-solving process: three styles of coping. **Journal for the Scientific Study of Religion**, v.27, p.90-104, 1988.

PARGAMENT, K.I. Is religion nothing but ...? Explaining religion versus explaining religion away. **Psychological Inquiry**, v.13, p.239-244, 2002.

PARK, J.; LAVIN, R. Risk Factors Associated With Opioid Medication Misuse in Community-dwelling Older Adults With Chronic Pain. **Clinical Journal of Pain**, v.26, n.8, p.647-55, 2010.

PAULOTZIAN, R. F.; ELLISON, C. W. Loneliness, spiritual well-being and the quality of life. In: PEPLAU, L. A.; PERLMAN, D. (Eds.). Loneliness, a sourcebook of current theory, research and therapy. Nova York: Wiley, p.224-237, 1982.

PERES, M.F.P. et al. A importância da integração da espiritualidade e da religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v.34, n.1, p.82-87, 2007.

PIMENTA, C.A.M.; PORTNOI, A.G. Dor e cultura. In: CARVALHO, M.M. Dor: um estudo multidisciplinar. Summus, São Paulo, p.153-73, 1999.

PHELPS, A.C. et al. Religious coping and use of intensive life prolonging care near death in patients with advanced cancer. **The Journal of the American Medical Association**, v.301, p.1140-1147, 2009.

PONDÉ, M.P.; CAROSO, C. Lazer como fator de proteção da saúde mental. **Revista Ciências Médicas de Campinas**, v.12, n.2, p.163-172, 2003.

PORTAL, L.L.F. Espiritualidade: uma dimensão essencial na experiência significativa da vida In: Teixeira et al. Espiritualidade e qualidade de vida, EDIPUCRS, 2004.

PORTNOI, A.G. Dor, stress e coping: grupos operativos em doentes com síndrome da fibromialgia. São Paulo, 256p. Tese (doutorado) Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 1999.

RABELO, M.C. Religião e Cura: Algumas reflexões sobre a experiência religiosa das classes populares urbanas. **Cadernos de Saúde Pública**, v.9, n.3, p.316-325, 1993.

RANGEL, R.F. et al. Concepções de docentes de enfermagem sobre integralidade. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v.13, n.3, p.514-521, 2012.

RASHIQ, S.; DICK, B.D Factors associated with chronic noncancer pain in the Canadian population. **Pain Research & Management**, v.14, n.6, p.454-60, 2009.

RIPPENTROP, A. E. A Review of the Role of Religion and Spirituality in Chronic Pain Populations. **Rehabilitation Psychology**, v.50, n.3, p.278–284, 2005.

RIPPENTROP, A.E. et al. The relationship between religion/spirituality and physical health, mental health, and pain in a chronic pain population. **Pain**, v.116, p.311–321, 2005.

ROBERTO, G.L. Espiritualidade e saúde In: Teixeira et al. Espiritualidade e qualidade de vida, EDIPUCRS, 2004.

ROCHA, R.L. Aspectos psicológicos em pacientes com dor crônica In: Psicossomática e a psicologia da dor. Pioneira Thomson, 2004.

ROSS, K. et al. The relationship between religion and religious coping: religious coping as a moderator between religion and adjustment. **Journal of Religion and Health**, v.48, p.454-467, 2009.

RUOFF, G.E. Depression in the patient with chronic pain. **The Journal of Family Practice**, v.43, S25–S33, 1996.

SAAD, M.; MASIERO, D.; BATTISTELA, L.R. Espiritualidade baseada em evidências. **Acta Fisiátrica**, v.8, n.3, p.107-112, 2001.

SALMÓRIA, J.G.; CAMARG, W.A. Uma Aproximação dos Signos – Fisioterapia e Saúde – aos Aspectos Humanos e Sociais. **Saúde Social em São Paulo**, v.17, n.1, p.73-84, 2008.

SALVETTI, M.G.; PIMENTA, C.A.M. Validação da Chronic Pain Self-Efficacy Scale para a Língua Portuguesa. *Revista de Psiquiatria Clínica*, v.32, n.4, p.202-210, 2005.

SALVETTI, M.G.; PIMENTA, C.A.M. Dor crônica e a crença de autoeficácia. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, v.41, n.1, p.135-140, 2007.

SERAFINO, E.P. **Health psychology: biopsychosocial interaction**. Nova Yorque, John Wiley & Sons, 1991.

SEVEREIJNS, R. et al. Pain catastrophizing predicts pain intensity, disability, and psychological distress independent of the level of physical impairment. *Clinical Journal of Pain*, v.17, n.2, p.165–72, 2001.

SIEBER, M. et al. The functional status of the mastigatory system of 11-16-yearold adolescents: classification and validity. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, v.25, p.256-63, 1997.

SIEBEN, J.M. et al. Pain-related fear in acute low back pain: the first two weeks of a new episode. **European Journal of Pain**, v.6, n.3, p.229–37, 2002.

SILVA, R.M.F. Imigração japonesa e expansão do budismo Nichiren no Brasil: uma relação entre “mestre e discípulos”. **Cadernos de Pesquisa do CDHIS**, n. 36/37, p.189-196, 2007.

SILVA, D. J.; DA ROS, M. A. Inserção de profissionais de fisioterapia na equipe de saúde da família e Sistema Único de Saúde: desafios na formação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.12, n.6, p.1673-1681, 2007.

SORENSEN, H.T. et al. Epidemiology of pain requiring strong analgesics outside hospital in a geographically defined population in Denmark. **Danish Medical Bulletin**, v.39, p.464-467, 1992.

SOOKSAWAT, A. Are religious beliefs and practices of Buddhism associated with disability and salivary cortisol in office workers with chronic low back pain. **Musculoskeletal Disorders**, v.14, n.29, 2013.

SOUSA, F.A.E.F. Dor: o quinto sinal vital. *Revista Latino-americana de enfermagem*, v.10, n.3, p.446-447, 2002.

SULLIVAN, M.J.L.; BISHOP, S.R.; PIVIK, J. The pain catastrophizing scale: development and validation. *Psychology Assessment*, v.7, n.4, p.524-532, 1995.

SULLIVAN, M.; KARLSSON, J. The Swedish SF-36 Health Survey III. Evaluation of criterion-based validity: results from normative population. *Journal Clinical Epidemiological*, v.51, n.11, p.1105-13, 1998.

SVALINA, S.S.; WEBB, J.R. Forgiveness and health among people in outpatient physical therapy. **Disability and Rehabilitation**, v.34, n.5, p.383-92, 2012.

TARG, E. F.; LEVINE, E. G. The efficacy of a mind-body-spirit group for women with breasts cancer: a randomized controlled trial. **General Hospital Psychiatry**, v.24, n.4, p.238-248, 2002.

TEIXEIRA, C.S.S. *Coping através do lazer na dor crônica*. Dissertação de Mestrado, Porto Portugal, 2012.

TEIXEIRA, F.N.B. Reiki: religião ou prática terapêutica? **Horizonte**, v.7, n.15, p.142-156, 2009.

TEIXEIRA, M.J. et al. Fisiopatologia da dor musculoesquelética. **Revista de Medicina de São Paulo**, v.80, n.1, p.63-77, 2001a.

TEIXEIRA, M.J. et al. Epidemiologia clínica da dor musculoesquelética. **Revista de Medicina de São Paulo**, v.80, n.1, p.1-21, 2001b.

TEIXEIRA, J. J. V.; LEFÈVRE, F. Humanização nos cuidados de saúde e a importância da espiritualidade: o discurso do sujeito coletivo- psicólogo. **Mundo Saúde**, v.27, n.3, p.362-368, 2003.

THORESEN, C.E. Spirituality and health [Special issue]. **Journal of Health Psychology**, v.4, 1999.

THUNE-BOYLE, I.C. Do religious/spiritual coping strategies affect illness adjustment in patients with cancer? A systematic review of the literature. **Social Science & Medicine**, v.63, p.151-164, 2006.

TOSTA, C.E. Prece e cura In: Teixeira et al. Espiritualidade e qualidade de vida, EDIPUCRS, 2004.

TRIVIÑOS, A. Introdução à pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação. 2ª ed. São Paulo: Atlas, 1990.

TURK, D.C.; MELZACK, R. **The measurement of pain and the assessment of people experiencing pain, handbook of pain assessment**. New York: The Guilford Press, p.3-12, 1992.

VAN CAPPELLEN, P.; SAROGLOU, V.; IWEINS, C.; PIOVESANA, M.; FREDRICKSON, B. Self-transcendent positive emotions increase spirituality through basic world assumptions. *Cognition & Emotion*, 2013.

VLAEYEN, J.W.; KOLE-SNIJDERS, A.M.; BOEREN, R.G.; VAN EEK, H. Fear of movement/(re)injury in chronic low back pain and its relation to behavioral performance. **Pain**, v.62, n.3, p.63-72, 1995.

VERHAAK, P.F.M. et al. Prevalence of chronic benign pain disorder among adults: a review of the literature. **Pain**, v.77, p.231-239, 1998.

VOLCAN, S.M.A. et al. Relação entre bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores: estudo transversal. **Revista de Saúde Pública**, v.37, n.4, p.440-445, 2003.

VUCKOVIC, N.H. et al. Feasibility and short-term outcomes of a shamanic treatment for temporomandibular joint disorders. **Alternative Therapies**, v.13, n.6, p.18-29, 2007.

ZAGARI, M.J.; MAZONSON, P.D.; LONGTON, W.C. Pharmacoeconomics of chronic nonmalignant pain. **Pharmacoeconomics**, v.10, n.4, p.356-377, 1996.

WACHHOLTZ, A.B.; PARGAMENT, K.I. Is spirituality a critical ingredient of meditation? Comparing the effects of spiritual meditation, secular meditation, and relaxation on spiritual, psychological, cardiac and pain outcomes. **Journal of Behavioral Medicine**, v.28, p.368-384, 2005.

WACHHOLTZ, A.B.; PEARCE, M.J.; KOENIG, H. Exploring the Relationship between Spirituality, Coping, and Pain. **Journal of Behavioral Medicine**, v.30, p.311–318, 2007.

WACHHOLTZ, A.B.; PEARCE, M.J. Does spirituality as a coping mechanism help or hinder coping with chronic pain? **Current Pain and Headache Reports**, v.13, p.127–132, 2009.

WACHHOLTZ, A.B.; KEEFE, F.J. What Physicians Should Know About Spirituality and Chronic Pain. **Special Section: Spirituality/Medicine Interface Project**, 2006.

WALSH, I.A.P. et al. Capacidade para o trabalho em indivíduos com lesões musculoesqueléticas crônicas. **Revista de Saúde Pública**, v.38, n.2, p.149-156, 2004.

WARDELL, D.W.; DECKER, S.A.; ENGBRETSON, J.C. Healing touch for older adults with persistent pain. **Holistic Nursing Practice**, v.26, n.4, p.194-202, 2012.

WERNECK, F.Z.; BARA FILHO, M.G.; RIBEIRO, L.C.S. Mecanismos de Melhoria do Humor após o Exercício: Revisitando a Hipótese das Endorfinas. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, v.13, n.2, p.135-144, 2005.

WESTGATE, C.E. Spiritual wellness and depression. **Journal of Counseling and Development**, v.75, p.26-35, 1996.

WHITMAN, S.M. Pain and Suffering as Viewed by the Hindu Religion. **The Journal of Pain**, v.8, n.8, p.607-613, 2007.

WHO. The World Health Report: Mental Health. Geneva: World Health Organization, 2001.
WHO/MAS/MHP/98.2. **WHOQOL and Spirituality, Religiousness and Personal Beliefs (SRPB)** – Report on WHO Consultation, p.2-23, 1998.

YENG, L.T. et al. Biomecânica do aparelho locomotor na dor crônica. *Revista do centro de Estudos da dor/HC-FMUSP*, v.1, n.6, 2006.

YOUNG, E. Spiritual health: An essential element in optimum health. **Journal of American College Health**, v.32, p.273–276, 1984.

APÊNDICE A

Termo De Consentimento Livre e Esclarecido Para Participação em Pesquisa Científica

Consentimento formal de participação no estudo intitulado: “Reflexões sobre dor crônica de mulheres portadoras de dor crônica”

Você está sendo convidada para participar do estudo que tem como título “Bem-estar espiritual em mulheres com dor crônica” que será realizado pela aluna de pós-graduação do Departamento de Medicina Social, Fabiana Rodrigues Garcia, sob a orientação da Prof. Dr. Antônio Carlos Duarte de Carvalho.

O objetivo deste trabalho é realizar uma entrevista com você para a obtenção de mais informações sobre sua dor, como esta parece interferir em seu bem-estar e qualidade de vida além de informações sobre sua religiosidade, espiritualidade e a relação dessas dimensões com sua dor.

Caso concorde em participar do estudo, será realizada uma entrevista com você, entrevista esta que será registrada por meio de um gravador. Esse procedimento não provoca nenhum risco ou qualquer outro tipo de desconforto.

Esta entrevista será realizada no Ambulatório de dor, situado no 2º andar do Hospital das Clínicas. Você não será submetida a nenhum outro tipo de intervenção sem estar ciente ou sem sua autorização, e pode se desligar desta pesquisa a qualquer momento sem que isso cause qualquer penalidade ou prejuízo a você, comprometendo-se somente a comunicar pelo menos um dos responsáveis por esta pesquisa.

A participação nesta pesquisa não promoverá nenhum benefício financeiro ou material. A sua participação neste estudo é voluntária e não afetará em nada seu retorno médico neste Hospital.

As informações obtidas nesta pesquisa são sigilosas e não poderão ser consultadas por pessoas não ligadas à pesquisa sem sua autorização oficial. Estes documentos escritos poderão ser utilizados para fins estatísticos, didáticos e científicos, desde que fiquem resguardados a total privacidade e anonimato.

Eu, _____ RG nº _____ aceito o convite para participar, voluntariamente, da pesquisa conduzida pela aluna responsável e por seus orientadores.

Assinatura do Participante

É seu direito manter uma cópia deste consentimento de participação.

Pesquisadora Responsável Fabiana Rodrigues Garcia

Fone: (16) 8818-5370

Orientador Responsável Prof. Dr. Antônio Carlos Duarte de Carvalho

Fone: (16) 3602-2905

APÊNDICE B

QUESTIONÁRIO PARA OBTENÇÃO DE DADOS SOCIOECONÔMICOS E DEMOGRÁFICOS

Parte I: Identificação

Data: ____/____/____

Data de nascimento: ____/____/____

Naturalidade: _____

Nacionalidade: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ CEP: _____ - _____

Telefone residencial: _____ - _____ Telefone p/ contato: _____ - _____

Parte II: Levantamento socioeconômico e demográfico

Qual a renda mensal aproximada da família:

() até 1 salário mínimo

() entre 5 e 10 salários mínimos

() de 1 a 3 salários mínimos

() de 11 a 20 salários mínimos

() de 3 até 5 salários mínimos

() mais de 20 salários mínimos

Escolaridade:

() Analfabeto/ Até 3ª série Fundamental/ Até 3ª série 1º. Grau

() Até 4ª série Fundamental / Até 4ª série 1º. Grau

() Fundamental completo/ 1º. Grau completo

() Médio completo/ 2º. Grau completo

() Superior completo (que formação)

Fonte: ABEP (2012)

Ocupação/Profissão: _____

Estado civil: _____ Arranjo domiciliar: _____

Etnia: _____ Filhos: _____

Religião: _____ Frequência religiosa: _____

Função na instituição: _____

Co-morbidades:

- Medicamentos em uso:

Evento estressante:

Tratamento atual para a dor:

- Outros tipos de tratamento para a dor:

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA PARA OBTENÇÃO DE DADOS COM RELAÇÃO AO BEM-ESTAR ESPIRITUAL

- Para você, o que é bem-estar?
- Você tem bem-estar?

- O que é saúde p/ você?
- Como você classificaria sua saúde?
- E a dor, o que é isso para você? O que a causa?
- A dor te prejudica? Se sim, quais os impactos que a dor causa na sua vida no tocante ao seu BEE?
- Você acredita que Deus, de alguma forma, contribui para que você sinta bem-estar?
- Se sim, de que maneira? Como?
- Deus se preocupa com sua dor? Por quê?
- Quando você pensa em sua dor, como você se sente acerca de seu futuro?
- A dor que você sente tem algum propósito?
- O que é bem-estar espiritual para você?
- O que isso significa? Fale um pouco sobre isso.
- O bem-estar espiritual é uma dimensão importante na sua vida? Por quê?
- O que é fonte de bem estar espiritual para você?
- O que não é fonte de bem-estar espiritual p/ você?
- O que a dor faz com seu bem-estar espiritual? Por que isso acontece?
- Você realiza preces diárias? Para você? Para os outros?
- Você realiza algum tipo de busca espiritual como meditação, reiki etc., outros?
- Procura ou procurou outro tipo de tratamento complementar para a dor?
- Você possui algum tipo de amparo religioso/espiritual? Como esse amparo se dá?

ANEXO A

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA
DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Ribeirão Preto, 25 de outubro de 2011

Ofício nº 3899/2011
CEP/MGV

Prezados Senhores,

O trabalho intitulado **“BEM-ESTAR ESPIRITUAL EM MULHERES COM DOR CRÔNICA”**, foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, em sua 335ª Reunião Ordinária realizada em 24/10/2011, e enquadrado na categoria: **APROVADO, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**, de acordo com o Processo HCRP nº 8988/2011.

Este Comitê segue integralmente a Conferência Internacional de Harmonização de Boas Práticas Clínicas (IGH-GCP), bem como a Resolução nº 196/96 CNS/MS.

Lembramos que devem ser apresentados a este CEP, o Relatório Parcial e o Relatório Final da pesquisa.

De acordo com Carta Circular nº 003/2011/CONEP/CNS, datada de 21/03/2011, o sujeito de pesquisa ou seu representante, quando for o caso, deverá rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE – apondo sua assinatura na última do referido Termo; o pesquisador responsável deverá da mesma forma, rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE – apondo sua assinatura na última página do referido Termo.

Atenciosamente.

DR.ª MARCIA GUIMARÃES VILLANOVA
Coordenadora do Comitê de Ética em
Pesquisa do HCRP e da FMRP-USP