UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

SIMONE SALTARELI

AVALIAÇÃO DE ASPECTOS QUANTITATIVOS E QUALITATIVOS DA
DOR NA FIBROMIALGIA

RIBEIRÃO PRETO
2007

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM GERAL E ESPECIALIZADA

SIMONE SALTARELI

AVALIAÇÃO DE ASPECTOS QUANTITATIVOS E QUALITATIVOS DA DOR NA
FIBROMIALGIA

RIBEIRÃO PRETO

2007

SIMONE SALTARELI

Avaliação de aspectos quantitativos e qualitativos da dor na fibromialgia

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem
de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
para obtenção de Título de Mestre em
Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem Fundamental
Linha de pesquisa Enfermagem Fundamental:
Ciência e Tecnologia em Saúde.

Orientadora: Prof^ª Dr^a Fátima Aparecida
Emm Faleiros Sousa.

Ribeirão Preto
2007

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTES TRABALHOS, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Simone Saltareli

Avaliação de aspectos quantitativos e qualitativos da dor na fibromialgia/ Simone Saltareli; orientadora Fátima Aparecida Emm Faleiros Sousa. – Ribeirão Preto, 2007.

114f .

Dissertação (Mestrado - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Área de Concentração: Enfermagem Fundamental)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

1. Fibromialgia. 2. Descritores de dor. 3. Análise de conteúdo

SIMONE SALTARELI

AVALIAÇÃO DE ASPECTOS QUANTITATIVOS E QUALITATIVOS DA DOR NA FIBROMIALGIA

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para
Obtenção de título de Mestre em Enfermagem.
Área de Concentração: Enfermagem Fundamental.

Aprovado em : ____/____/____

Banca Examinadora

Prof^a. Dr^a. Fátima Aparecida Emm Faleiros Sousa

Instituição: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto- USP

Assinatura: _____

Dr^a. Maria Helena Chaves Sarti

Instituição: Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP

Assinatura: _____

Prof^a. Dr^a. Elisabeth Ranier Martins do Vale

Instituição: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

Assinatura: _____

Dedico este trabalho aos meus pais, José e Maria Idalina, pelo constante apoio e direcionamento na vida pessoal e profissional.

A importância de vocês na minha vida é indescritível e com certeza nada disso seria possível.

AGRADECIMENTOS

À Deus, pela vida e pela possibilidade de sonhar e conquistar.

À Prof^a. Dr^a. Fátima Aparecida Emm Faleiros Sousa, por tamanha contribuição a minha formação enquanto profissional, sempre com dedicação e amizade, me ensinando sempre a persistir na busca dos ideais..

À Dr^a. Maria Helena Chaves Sarti, pelo carinho e disponibilidade com que me conduziu à descoberta das lacunas que motivaram o desenvolvimento deste trabalho.

À Prof^a. Dr^a Elisabeth Ranier Martins do Vale, pela contribuição a minha formação e pelas considerações acerca deste trabalho.

À todos os amigos e companheiros de caminhada do Laboratório de Psicofísica Clínica, Débora, Orlando, Keila e em especial Érika e Priscilla pelas trocas e ensinamentos que compartilhamos no desenvolvimento dos trabalhos.

Às clientes entrevistadas pela disponibilidade com que revelaram suas experiências.

Aos médicos e residentes do Ambulatório de Imunologia Clínica pela paciência e incentivo com que me acolheram em seu local de trabalho para o desenvolvimento da pesquisa.

Aos funcionários do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada – USP, pelo apoio durante a realização deste.

À minha família que esteve muito presente em todos os momentos da minha vida, incentivando-me nas dificuldades e nas conquistas, em especial, meus pais e meus irmãos Sandro, Sandra, Silvio e Sara, pelo amor e coragem de todos os dias.

Aos amigos, pelo apoio e compreensão oferecidos ao longo do processo, Eline, Camila, Graziela, Eliana, Adriana, Juliana, Laís, Marcelo, Natália, Luciana Carvalho, Raquel, Aline, Luciana e Ivy.

O poeta é um fingidor.
Finge tão completamente
Que chega a fingir que é dor
A dor que deveras sente.

E os que lêem o que
escreve,
Na dor lida sentem bem,
Não as duas que ele teve,
Mas só a que eles não têm.

E assim nas calhas de roda
Gira, a entreter a razão,
Esse comboio de corda
Que se chama coração.

Fernando Pessoa

RESUMO

SALTARELI, S. **Avaliação de aspectos quantitativos e qualitativos da dor na fibromialgia.** 2007. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2007.

Objetivo: avaliar a percepção da dor na fibromialgia por meio de técnica metodológica quantitativa e qualitativa. Métodos: 30 clientes foram avaliadas por meio de uma entrevista analisada através de análise de conteúdo temática e do Instrumento de Descritores de Dor, sendo que para os dados resultantes foram calculados a média aritmética e o desvio padrão para determinar quais descritores caracterizam melhor a dor na fibromialgia.

Resultados e discussão: a análise de conteúdo resultou na construção de categorias de análise referentes às percepções de: diagnóstico, motivações, doença, sentimentos, pensamentos e repercussões na qualidade de vida. Já o Instrumento de Descritores de Dor revelou que os descritores de maior atribuição na caracterização da dor foram incômoda, que espalha, latejante, desconfortável e persistente e os de menor atribuição foram desgraçada, demoníaca, maldita, aterrorizante e assustadora. Os dois instrumentos mostraram tendência das clientes em perceber e relatar a dor, principalmente relacionada às características sensorial-discriminativas. Além disso apresentaram dados relativos à importância do papel da família e do profissional de saúde no manejo da dor.

Conclusão: percebeu-se a necessidade de estimular a percepção e a expressão das clientes com relação à dor, abrangendo sua multidimensionalidade e que, o manejo da dor deve ser realizado levando-se em conta a tríade equipe de saúde – cliente – família, face à complexidade do fenômeno.

Palavras-chave: fibromialgia, descritores de dor, análise de conteúdo

ABSTRACT

SALTARELI, S. **Evaluation of the quantitative and qualitative aspects of the pain in the fibromyalgia.** 2007. Thesis (Master's Degree) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2007.

Objective: Evaluate the perception of pain in the fibromyalgia through the quantitative and qualitative methodological technique.

Method: A total of 30 clients were assessed through an interview analyzed by the thematic content and through the instrument Descriptors of Pain. Arithmetic mean and standard error were used to determine which descriptors better characterize the pain in the fibromyalgia.

Results and Discussion: The result of the content analysis was the construction of categories of analysis regarding the perceptions of: diagnosis, motivation, disease, feelings, thoughts and repercussions on the quality of life. The Descriptors of Pain instrument revealed the descriptors of higher attribution in the characterization of pain were inconvenient, spreading, pulsating, uncomfortable and persistent and the descriptors with the lower attribution were miserable, demoniac, cursed, terrifying and frightening. The two instruments showed the clients' tendency in perceiving and reporting the pain regarding to the sensorial-discriminating characteristics. In addition, data related to the importance of the family's and the health professional's roles in managing the pain were presented.

Conclusion: The need to stimulate the perception and expression of clients regarding the pain in its multidimensionality was perceived. It is concluded that the management of pain must be performed considering the complexity of the phenomenon in terms of the triad health team – client – family.

Key-words: fibromyalgia, pain descriptors, content analysis

RESUMEN

SALTARELI, S. **Evaluación de los aspectos cuantitativos y cualitativos del dolor en el fibromialgia**. 2007. Disertación (Maestría) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto de la Universidade de São Paulo, 2007.

Objetivo: Evaluar la percepción del dolor en el fibromyalgia con la técnica metodológica cuantitativa y cualitativa. Método: 30 clientes fueron evaluados a través de una encuesta sobre el contenido temático y con los descriptores del instrumento del dolor. El promedio y el error de estándar fueron utilizados para determinarle qué descriptores mejores caracterice el dolor en el fibromyalgia. Resultados y discusión: El resultado del análisis del contenido era la construcción de categorías del análisis con respecto a las opiniones de: diagnóstico, motivación, enfermedad, sensaciones, pensamientos y repercusiones en la calidad de vida. Los descriptores de instrumento del dolor revelaron los descriptores de una atribución más alta en la caracterización del dolor eran incómodos, separándose, pulsando, incómoda y persistente y los descriptores con la atribución más baja eran desgraciada, demoníaca, maldecida, aterradorizante y espantosa. Los dos instrumentos demostraron la tendencia de los clientes en percibir y la divulgación del dolor que miraba a las características sensorio-que discriminaban. Además, los datos se relacionaron con la importancia de la familia y los papeles del profesional de salud en el manejo del dolor fueron presentados. Conclusión: La necesidad de estimular la opinión y la expresión de de clientes con respecto al dolor en su multidimensionalidad fue percibida. Se concluye que la gerencia del dolor se debe realizar considerando la complejidad del fenómeno en los términos del equipo de la salud de la tríada – cliente – familia.

Palabras claves: fibromyalgia, descriptores del dolor, análisis del contenido.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	11
1. INTRODUÇÃO	
1.1 Fibromialgia.	13
1.2 Problema e justificativa	18
1.3 Linguagem da dor	22
1.4 Mensuração de Dor	25
1.5 Psicofísica	29
2. OBJETIVOS	
2.1 Objetivo Geral	33
2.2 Objetivos específicos	33
3. PERCURSO METODOLÓGICO	
3.1 Participantes	34
3.2 Local e Período da Coleta de Dados	37
3.3 Material	38
3.4 Aspectos Éticos	39
3.5 Procedimento	40
3.6 Análise dos Dados	41
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	
4.1 Análise de Conteúdo Temático das Entrevistas Semi-Estruturadas	44
4.2 Descritores de Dor Crônica	88
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	93
6. REFERÊNCIAS	96
7. ANEXOS	
7.1 Anexo 1 - Aprovação do Comitê de Ética	103
7.4 Anexo 2 - Instrumento de Descritores de Dor	104
8. APÊNDICES	
8.1 Apêndice 1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	112
8.2 Apêndice 2 - Entrevista Semi-Estruturada	113

APRESENTAÇÃO

Iniciei meu percurso acadêmico em 1997, com a graduação em Psicologia na Universidade Paulista, em Ribeirão Preto. O contato que tive com a pesquisa nesse período, apesar de curto, foi suficiente para despertar o interesse pela carreira acadêmica.

No último ano da graduação, soube do Programa de Aprimoramento Profissional oferecido no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Trata-se de um programa que enfatiza tanto a assistência, quanto a pesquisa. Nessa ocasião, tive contato com várias equipes, de várias especialidades. Tive também a oportunidade de me aprimorar com relação à pesquisa, e comecei a desenvolver alguns trabalhos com as psicólogas contratadas do Departamento de Psicologia Médica.

A partir do meu contato com a doutora Maria Helena Sarti, me interessei área de Imunologia Clínica, quando comecei então, a desenvolver trabalhos relacionados a esse tema, inclusive com fibromialgia.

No final do aprimoramento, conheci a professora Fátima Faleiros, que me acolheu em seu laboratório de pesquisa, onde pude direcionar melhor o tema que queria pesquisar. Com isso, optei por realizar Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental, nível mestrado.

Esse período de estudos, me conduziu a essa dissertação, que tem com objetivo avaliar por meio de duas técnicas metodológicas a percepção da dor de seres humanos em tratamento para fibromialgia.

Na introdução, faço um percurso que apresenta diversos aspectos relacionados à fibromialgia, como sintomatologia, epidemiologia, dentre outros. Trago também, pontos importantes relacionados à dor, como sua linguagem, mensuração e o quadro teórico que direcionou o estudo, apresentando os pressupostos da psicofísica.

Em seguida, contextualizo o percurso metodológico, apresentando o local e o período do estudo, os participantes, os aspectos éticos, o procedimento de coleta de dados, bem como a organização destes, o que deu sequência a análise que estruturou os resultados, a discussão.

Nas considerações finais, trago uma síntese do estudo, fazendo referências aos contextos que permeiam as vivências do cliente fibromiálgico e acerca da importância da participação dos profissionais da saúde nesse processo.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características Demográficas das clientes avaliadas. 36

Tabela 2 - Categorias e subcategorias das temáticas analisadas e suas frequências de ocorrência nos relatos das clientes 46

Tabela 3 – Descritores de maior atribuição na caracterização da dor crônica dos clientes avaliados 89

Tabela 4 – Descritores de menor atribuição na caracterização da dor crônica dos clientes avaliados 90

1 INTRODUÇÃO

1.1 Fibromialgia

A Fibromialgia é uma síndrome musculoesquelética crônica, caracterizada por dor generalizada, de etiologia ainda não completamente esclarecida. É definida pelo Colégio Americano de Reumatologia (ACR) como dor generalizada, há pelo menos três meses, em combinação com a sensibilidade em onze ou mais dos dezoito pontos sensíveis à palpação, localizados em várias partes do corpo, conhecidos como tender-points (WOLFE et al., 1990). O termo Fibromialgia (*latim- fibra; grego- mys=músculo; grego- algos=dor; + ia=condição*) significa, literalmente, uma condição de dor dos tecidos musculares e fibras (MASI; WHITE; PILCHER, 2002).

Craggs-Hinton (2000) sistematizou uma lista de sinais e/ou sintomas associados, dentre eles fadiga, sono não restaurador, ansiedade, depressão, migrâneas, síndrome do intestino irritável, alergias, intolerância ao frio, disfunções cognitivas, entre outras. Os múltiplos sintomas acometem os sujeitos de forma variável, dependendo da fase em que a patologia se encontra. Tais sinais e/ou sintomas abrangem tanto alterações psicológicas como alterações do metabolismo muscular, desregulação do sistema imunológico e alterações do sono que, em conjunto, agem no indivíduo com predisposição genética, podendo desencadear a doença.

De acordo com Gallinaro (1999), todas essas alterações influenciam o mecanismo neuroendócrino central de regulação da dor e, em consequência, há deficiência de serotonina, fadiga, dor crônica e sono não reparador. Para o mesmo autor, essas associações, em última instância, provocam um ciclo constante, no qual a dor contribui para a superestimulação dos

demais sinais e/ou sintomas e esses por sua vez amplificam a dor, evidenciando-a como fator central da síndrome fibromiálgica.

Masi; White; Pilcher (2002), da Universidade de Illinois, propõem que a considerável heterogeneidade de características demográficas, socioeconômicas, psicológicas e neurobiológicas encontradas nos estudos realizados é um fator de grande importância na atenção ao cliente fibromiálgico.

Vários estudos foram realizados na tentativa de verificar dados epidemiológicos sobre a fibromialgia e revelaram que esta acomete de 2 a 4% da população geral (WOLFE; MICHAUD, 2003; SENNA et al., 2004; GIESECKE et al., 2005; HARRIS et al., 2005). Um estudo realizado em Minas Gerais por Senna et al.. (2004) mostra a prevalência de 80 a 90% de pacientes do sexo feminino, sendo 76% delas casadas, 62% de nível sócio-econômico baixo e baixa escolaridade, com início dos sintomas predominantemente na faixa de 30 a 50 anos. Em um outro estudo realizado por Wolfe e Michaud (2003) em Kansas, nos Estados Unidos, comparou pacientes portadores de fibromialgia e de artrite reumatóide. Os resultados obtidos revelaram características semelhantes, com indicadores sócio-demográficos que incluem menor educação, maior índice de divórcio, menor renda familiar, e maiores índices de pobreza. Embora esses dados sejam semelhantes para esses dois grupos de clientes, nos Estados Unidos, são evidentemente diferenciados dos dados sócio-demográficos encontrados no Brasil.

Apesar de ser uma patologia benigna, com ausência de lesões anatômicas e conseqüentemente não apresentando risco de óbito, a fibromialgia em seu conjunto de sintomas, gera grande impacto na qualidade de vida do sujeito acometido, que apresenta ainda mais comorbidades como diabetes e doenças cardiovasculares o que foi validado pela revisão dos registros do hospital e medicação. No mesmo estudo de Wolfe e Michaud (2003), foi constatado que os pacientes com fibromialgia recebem mais pensões governamentais e têm

maiores gastos com medicação e assistência médica. A dor era o que desencadeava a procura pela assistência médica e, também, fator principal no pedido das pensões.

Apesar dos critérios diagnósticos e a incidência da fibromialgia estarem claramente determinados, a patologia continua sendo menosprezada por profissionais da saúde, o que pode ter relação direta com o fato desta ter sido, no passado, associada unicamente com fatores psicológicos, devido à ausência de dano tecidual (PRINCE, BERNARD; EDSALL, 2000). Quintner et al. (2003) referem que nos últimos 200 anos, pacientes apresentando síndrome de dor musculoesquelética generalizada e hipersensibilidade, têm atraído vários rótulos diagnósticos, nos quais percebe-se as diferenças e as mudanças no conceito da patogênese.

Os rótulos que vêm sendo utilizados incluem reumatismo muscular, neurastenia, histeria, reumatismo psicogênico e fibromiosite. Outros autores relacionam este fato ao desafio do reconhecimento correto da síndrome, no intuito da investigação e terapêutica adequadas (BERNARD et al., 2000; HELFENSTEIN; FELDMAN, 2002).

Helfenstein e Feldman (2002) discutem a procura dos clientes por atendimentos médicos de várias especialidades devido ao amplo leque de manifestações clínicas, o que leva a procedimentos desnecessários, inconclusivos, gerando diversos rótulos diagnósticos. Segundo esses autores os clientes “...procuram o neurologista apresentando-lhe queixas de cefaléia tensional crônica e recebem o rótulo de enxaqueca; buscam o otorrinolaringologista em razão da tontura e zumbidos e recebem o diagnóstico de labirintite; vão ao cardiologista por dor torácica e palpitações e após exames de eletrocardiografia e ecocardiografia normais, alguns recebem o diagnóstico de costochondrite; dirigem-se ao gastroenterologista em razão da dor abdominal e alteração do ritmo intestinal ou por epigastria, dificuldade de digestão, náuseas e azia, e por diversas razões têm sido submetidos a métodos de investigação invasivos

que não demonstram quaisquer anormalidades, recebendo o diagnóstico final de síndrome do cólon irritável ou de dispepsia.” (HELFENSTEIN; FELDMAN, 2002, p.12).

Isso tudo implica em clientes sem o diagnóstico correto por anos, ou ainda, mesmo quando diagnosticados, o tratamento e o seguimento em alguns serviços podem não ser adequados, sendo este fato atribuído aos sinais e/ou sintomas não visíveis da fibromialgia nos clientes acometidos, gerando uma série de inseguranças por parte destes nos tratamentos propostos (ASBRING, 2001). Esta questão tem implicações de suma importância, visto que a dor é interpretada tanto pelo cliente como pelo médico como o sinal de que algo não vai bem e precisa receber atenção adequada (EHLERS, 1999).

Essa complexidade de fatores envolvidos tanto na questão do diagnóstico, quanto na abordagem adequada pelos profissionais de saúde mostra a necessidade de mais estudos que se proponham a ampliar o entendimento das experiências vivenciadas por esses clientes. De acordo com Masi; White; Pilcher (2002), modelos conceituais e metodologias de pesquisa ainda não se encontram suficientemente desenvolvidos para investigar algumas condições subjetivas ligadas à dor na fibromialgia. Para tais autores, o fato é considerado reflexo da ascendência do modelo biomédico de assistência, que por algumas décadas priorizou especializações de forma equivocada.

Apesar dos modelos de atendimentos centrados no cliente serem uma tradição anterior na medicina, perdeu-se essa dimensão na era moderna. Quintner et al. (2003) concordam com a colocação, demonstrando uma análise semiótica da dor na fibromialgia, que procura relacionar as dificuldades encontradas na determinação do significado do construto e suas implicações empíricas e epistemológicas. Para os autores fica claro que as abordagens centradas no modelo biomédico perpetuam problemas desnecessários para os pacientes, os médicos e a medicina em si. Estudos enfatizam ainda que, a atuação dos profissionais de saúde reflete diretamente no desenvolvimento do tratamento, pois essa questão influencia na

percepção que o cliente tem de sua patologia, o que caminha no mesmo sentido das idéias de Carl Rogers, figura prioritária no desenvolvimento da abordagem centrada na pessoa (CLUFF; BINSTOCK, 2001).

A abordagem centrada na pessoa traz como hipótese principal a idéia de que em todo ser humano existem recursos para a autocompreensão e modificação de autoconceitos, atitudes e comportamento autônomo. Contudo, esses recursos só são ativados se houver uma atitude psicológica facilitadora. Tal atitude pode ser obtida por meio de três condições básicas. Meador e Rogers (1979), propõem que essas condições estão relacionadas à autenticidade, à aceitação e à compreensão, sendo essas atitudes do profissional com relação ao cliente.

A autenticidade, sinceridade ou congruência significa que o profissional deve abster-se de todas as suas barreiras pessoais, facilitando uma correspondência entre os conteúdos mencionados pelo cliente e a vivência do profissional, seus sentimentos e atitudes. Isso promove um crescimento construtivo para o cliente que pode se expressar abertamente dentro dessa relação.

Já a aceitação, interesse ou consideração trata-se de uma aceitação incondicional, onde o profissional tem como objetivo facilitar a expressão de sentimentos, percepções, pensamentos do cliente, sejam eles quais forem (ressentimento, confusão, raiva, etc.) criando assim, um clima de interesse e aceitação dos conteúdos.

Por último, a compreensão empática em que o profissional escuta, interpreta e comunica sentimentos percebidos do ponto de vista do cliente, de suas vivências trazidas para a relação. É um tipo de escuta chamada de escuta ativa, considerada bastante sensível, por captar com precisão sentimentos e significados pessoais.

A forma como o cliente direciona suas percepções sobre si e sobre o meio é tida, para Rogers, como algo que influencia diretamente na organização da sua personalidade e

conseqüentemente em seus comportamentos. Assim, o contato com o entendimento do cliente sobre si mesmo, por meio de análise das vivências relacionadas ao seu adoecimento, poderá elucidar como se estruturam e são direcionadas suas percepções (ROGERS, 1980).

1.2 Problema e Justificativa

A forma como o fenômeno doloroso é abordado, entendido e tratado mudou muito a partir de uma série de estudos realizados nas últimas décadas. Hortense (2003) descreve esse caminho e seu trabalho identificando diferenças conceituais importantes tanto para a clínica, quanto para a pesquisa. Os conceitos e definições adotados nos estudos variam desde uma visão cartesiana, onde a dor era entendida apenas em relação à intensidade do estímulo, até autores que começaram a perceber e investigar os aspectos multidimensionais da dor. Esses primeiros estudos que consideravam a multidimensionalidade da dor, embasaram o desenvolvimento da teoria proposta por Melzack e Wall, em 1965, intitulada Teoria da Comporta, em que descreveram a existência de um controle central, que modula a dor de acordo com um somatório de estímulos, e não apenas estímulos ligados à intensidade do impulso doloroso, sendo que essa modulação ocorre antes mesmo da percepção e da resposta à dor. De acordo com essa teoria, a substância gelatinosa contida na espinha dorsal é responsável por modular os impulsos nervosos provenientes dos terminais aferentes, obtendo dois tipos de informação: um enviado pelas fibras grossas e outro pelas fibras finas. O impulso das fibras finas contém informações sobre as características próprias de cada estímulo e chegam à substância gelatinosa ativando células transmissoras da dor, conseqüentemente abrindo a comporta. Enquanto isso, as fibras grossas, que carregam informações sobre a intensidade do estímulo, agem sobre células que inibem as células

transmissoras, fechando a comporta. Esse sistema é então, responsável pela modulação da dor, juntamente com outros impulsos nervosos centrais e descendentes do cérebro, o que em última instância engloba emoções, motivações, experiências influenciando a abertura ou fechamento da comporta.

A dor, apresenta-se como a principal limitação para uma convivência social e familiar podendo ser sem prejuízos significativos, sendo que seu manejo, ou seja a associação de recursos tanto farmacológicos, como não farmacológicos (psicoterapia, fisioterapia, entre outros) é o principal motivador no desenvolvimento de estudos que buscam recursos para lidar com essa problemática (CAVALIERE, 2002; STURGE-JACOBS, 2002). O relato da experiência da dor pelo cliente faz-se essencial na compreensão do quadro algico, bem como condutas a serem tomadas (SANT'ANA et al., 2004).

Existe uma complexa rede de fenômenos envolvidos nas causas e conseqüências da síndrome fibromiálgica, bem como a importância de uma abordagem adequada aos clientes acometidos por ela, havendo necessidade de busca de alternativas para a compreensão de clientelas específicas, em que seja possível o acesso às temáticas envolvidas no processo de descoberta e de entendimento da dor sentida. A partir da compreensão da percepção que os clientes têm de todo o processo vivenciado, os caminhos percorridos em busca de respostas para a dor sentida poderão direcionar ações terapêuticas para o desenvolvimento de um manejo adequado ao problema em questão.

Em alguns estudos realizados para avaliar condutas terapêuticas adotadas no tratamento de clientes fibromiálgicos, os resultados obtidos foram muito diferenciados de uma população para outra em relação a tais aspectos, o que se acredita estar relacionado com metodologias insuficientes e inconclusivas. O que existe em comum nesses estudos são os resultados relacionados ao impacto na qualidade de vida que a dor causa aos sujeitos acometidos. Tal fato é percebido pelos baixos índices de melhora da dor obtidos por meio

dessas propostas, o que foi observado, por exemplo, em estudos de avaliação da qualidade de vida nos quais foram usadas diversas intervenções em centros científicos em todo mundo (MASI; WHITE; PILCHER, 2002), como também no Brasil, em que em alguns estudos realizados foram obtidos resultados positivos, porém parciais (MARTINEZ, 2001; CAVALIERE, 2002; GRACIANO, 2005). Esses estudos obtiveram dados que sugerem alterações que favorecem a melhora do quadro clínico apenas em alguns parâmetros.

O parâmetro “dor” avaliado apresenta melhora não condizente com o trabalho proposto. O que se percebe nesses casos é que a implementação das intervenções foi realizada sem uma exploração anterior do processo de adoecimento vivenciado pelas clientes, não levando em conta a percepção que tinham das experiências que tiveram, nem tampouco a forma como entendiam e classificavam a própria dor.

Para Goldenberg (2000), na realização de investigações de fenômenos complexos, a aplicação de técnicas metodológicas múltiplas possibilita uma melhor avaliação e compreensão dos mesmos. Assim, com variadas formas de coleta de dados, alcança-se acesso mais amplo à complexidade do fenômeno. A associação de técnicas metodológicas parte do princípio de que quando se trata de um fenômeno marcado por questões e repercussões sociais, é impossível apreendê-lo sem vinculá-lo a significados culturais, raízes históricas e macro-realidade social.

De posse de dados que possam trazer à tona as experiências vividas e a condição da dor atual, torna-se possível compreender como os clientes percebem o fenômeno doloroso, levando em conta os demais aspectos envolvidos nessa compreensão, como o relacionamento familiar, o social e o estabelecido com a equipe de saúde. O interesse de escutar os clientes sobre sua dor considera a percepção desses como via de acesso para a investigação mais precisa da mesma.

Questionar a dor, avaliá-la, bem como a necessidade de mensurá-la foi percebida no trabalho assistencial com esse tipo de clientes, surgindo assim a motivação para o desenvolvimento de estudo que tivesse a proposta de fazê-lo de forma mais precisa, fidedigna e clara no intuito de, a partir disso, vislumbrar estratégias de atuação profissional mais adequadas na atenção e no manejo da dor percebida.

Diante da importância da atitude do profissional na percepção do cliente e de sua dor, é primordial que novas formas de interação possam ser encontradas para o estabelecimento de uma relação profissional - cliente efetiva. O primeiro passo a ser dado nesse sentido é conhecer, por meio da avaliação e da mensuração, de que forma a dor é entendida pelo sujeito que a sente, visto que este é quem pode julgá-la.

Com a utilização de métodos de avaliação e de mensuração da dor que ofereçam um nível de medida mais preciso, podemos adentrar a realidade do fenômeno percebido pelo cliente. Entendendo que a medida permite-nos vários níveis de precisão, o objetivo central do pesquisador desta área, é buscar formas de aproximar-se ao máximo da relação entre um dado estímulo e a percepção resultante deste. Níveis mais precisos da mensuração de dor, geram dados mais condizentes com a forma que o sujeito entende e avalia, sem com isso perder dados significativos sobre a complexidade deste fenômeno, permitindo assim, a aproximação do pesquisador ao fenômeno essencial para embasar conclusões que possam melhorar as atitudes dos profissionais na assistência ao cliente. A descrição e exemplificação dos níveis de medida encontram-se em item posterior desta investigação.

1.3 Linguagem da Dor

A experiência dolorosa pode ser expressa de várias formas. Como relatado por Pereira et al. (2001), as expressões potenciais dos estados dolorosos podem ser percebidas através de alterações não vocais como as posturais (posturas não usuais visando cautela), expressões faciais (aprofundamento do sulco naso-labial, caretas, arqueamento das sobrancelhas), atividade motora (por exemplo friccionar a área dolorosa), atividade autonômica (sudorese, palidez, rubor); e também através das expressões vocais que podem ser paralinguísticas (por exemplo o choro) ou linguagem (descrições, queixas, etc.). A autora coloca que através da linguagem, a expressão da dor ganha qualidades específicas referentes a cada sensação dolorosa, sendo que através da palavra é possível atribuir caracterizações para diferir uma dor da outra, como por exemplo, atribuir a palavra *queimação* para a dor gástrica, ou a sensação de *aperto* e *cólica* para a dismenorréia. Assim, vemos que a dor apresenta um vocabulário específico, possibilitando a comunicação do cliente com os profissionais, como também com a família e a sociedade, ampliando o significado simbólico da dor, expressando-a em termos de condições tanto presentes quanto pregressas de si ou de outros, o que varia de acordo com a cultura e a sociedade da época (BONICA, 2002).

Noble et al. (2005) publicou um artigo revisando a história da mensuração de dor de 1945-2000. Neste, relata que desde a segunda metade do século XX que a dor vem sendo entendida como uma experiência que só pode ser reportada por quem a sente. Traz como primeiro trabalho relativo à linguagem da dor, de 1939, onde Dallenbach propôs uma lista de 44 palavras divididas em cinco grupos representando o curso temporal da dor, sua distribuição espacial, integrações da dor com questões afetivas e atributos qualitativos. Trinta anos mais tarde, Melzack e Torgerson (1971) selecionaram 102 palavras as quais denominaram descritores de dor. Tais palavras foram categorizadas em três dimensões, sendo a sensorial

(características temporais, espaciais, de pressão, de tensão, de punção, térmicas e de vividez de dor); a afetivo-motivacional (sentimentos de cansaço, medo, punição); e a cognitivo-avaliativa (avaliação global que o indivíduo realiza acerca de sua dor em função de suas experiências anteriores). Esse estudo, evoluiu para a construção de um instrumento multidimensional denominado Questionário para Dor de McGill que contém ao todo 78 descritores de dor divididos nas categorias: sensorial, afetivo, avaliativo e misto. O instrumento é amplamente usado nos meios científico e clínico para avaliação de vários tipos de dor, tanto crônicas quanto agudas.

No Brasil, o instrumento foi traduzido por Pimenta e Teixeira (1996), e foi considerado relevante para investigar a linguagem da dor na nossa cultura. Contudo, Pereira et al.. (2001) descreveram em seu estudo alguns problemas relacionados a este instrumento, apresentando questões referentes à consistência interna da subescala afetiva, além da questão cultural que envolve o uso desse instrumento. Segundo a autora, a aplicação do instrumento em diferentes grupos pode apresentar problemas relacionados à semântica na tradução dos descritores, que são originariamente provindos da língua inglesa, em que as diferenças na linguagem podem ser confundidas com diferenças na expressão da dor, levando o cliente a escolher descritores não adequados para descrever sua dor. Além disso, fez-se necessária a utilização de métodos psicofísicos para mensurar contínuos não-métricos que são obtidos por meio de estimulação de conteúdos sociais, como por exemplo opiniões políticas, percepção da gravidade de crimes, preferências musicais, etc., e também pela estimulação de conteúdos clínicos como fobias, ansiedade, depressão, etc.

Com base nessa problemática, Pereira e Faleiros Sousa desenvolveram dois estudos com descritores de dor. No primeiro, realizou-se estimação de categorias para descritores de dor pós-operatória, que originou um montante de 119 descritores específicos para avaliar este tipo de dor aguda. Os descritores abarcavam as características multidimensionais da dor

(PEREIRA; SOUSA, 1998). No segundo estudo, por meio do método psicofísico de estimação de magnitudes, foram escalonados e determinados quais descritores de maior e os de menor atribuição na avaliação da dor pós-operatória, tendo sido também validada a escala para essa avaliação. Os resultados foram obtidos com a realização de quatro experimentos com clientes, enfermeiros, cirurgiões e anestesiológicos (PEREIRA et al., 2001).

Para avaliação da dor crônica, um estudo paralelo foi realizado por Sant'Ana et al. (2004) visando a construção de um instrumento multidimensional para a dor crônica, a partir do reconhecimento da ausência de publicações utilizando descritores de dor crônica construídos em nossa cultura até o momento em que este estudo foi desenvolvido. Tal estudo foi realizado através de quatro experimentos onde: 1) os descritores foram inicialmente selecionados pelo método de estimação de categorias; 2) posteriormente escalonados de acordo com as maiores e menores atribuições; 3) em seguida a escala foi validada; 4) e finalmente foram comparados os julgamentos realizados por profissionais da saúde com os julgamentos dos clientes com dor crônica. A escala de descritores de dor crônica é válida, estável e consistente, e de acordo com este estudo, os descritores que melhor descreveriam a dor crônica são: deprimente, persistente, prejudicial, angustiante, desastrosa, entre outros que foram ordenados (SANT'ANA et al., 2004).

Esses dois estudos resultaram na criação do Instrumento de Descritores de Dor, sendo uma versão para dor aguda (PEREIRA et al., 2001) e uma versão para dor crônica (SANT'ANA et al., 2004).

1.4 Mensuração de Dor

Mensurar a dor clínica é considerado pelos profissionais que atuam nessa área, tanto no que diz respeito à pesquisa como também à assistência, como um desafio devido aos aspectos subjetivos, complexos e multidimensionais da experiência dolorosa. Porém, nas últimas décadas observa-se um maior investimento na elaboração de instrumentos para este fim, visando facilitar a comunicação de clientes e profissionais, buscando revelar a incidência, duração e intensidade da dor sentida (PEREIRA; SOUSA, 1998). Esse aumento da atenção relacionada à mensuração de dor está associada ao maior número de estudos acerca da complexidade dos processos da dor, sendo que esta pode ser modulada em níveis periféricos, espinhal e supraespinhal (GRACELY, 1999).

Pereira et al. (2001) discorrem em seu trabalho realizado com mensuração da dor pós-operatória sobre a importância de se levar em conta, no entendimento da mensuração da dor, a Teoria Moderna da Medida proposta por Stevens, em 1975, que busca estipular relações entre números e fatos de forma a estabelecer correspondências entre as propriedades dos números e as propriedades dos elementos (STEVENS, 1975). Nessa condição determinam-se os níveis de mensuração, que incluem o nominal, o ordinal, o intervalar e o de razão.

O primeiro nível de mensuração é o nominal e, neste, números ou símbolos são utilizados na diferenciação entre os objetos, onde a relação entre estes é apenas de equivalência. As categorias dos objetos em questão são exaustivas e mutuamente exclusivas, não sendo possível para este nível de mensuração realizar operações matemáticas visto que os números são apenas substitutos para os nomes.

No nível seguinte, ordinal, além da nomeação é possível também fazer uma ordenação dos objetos, em acordo com a propriedade da medida. Obtém-se, nesse nível, dados do tipo

mais que e menos que, ou maior que e menor que, não sendo possível, contudo, determinar o quanto é essa diferença.

No nível intervalar as escalas são mais completas, e uma distância pode ser definida entre dois pontos adjacentes de uma reta. Apresenta uma estrutura aritmética, unidade de medida constante, sendo mensuráveis as distâncias entre dois valores da escala. A unidade de medida e o zero são arbitrários.

Já no nível de razão, são conservadas as propriedades dos níveis anteriores, com a diferença de que, neste caso, o zero é absoluto e todas as operações matemáticas nesse caso são possíveis. As escalas nesse nível de mensuração são as que mais conseguem minimizar perda de informações.

É importante que antes do emprego da escala, conheça-se o nível de mensuração para que se possa determinar a adequação da escala escolhida com aquilo que se quer mensurar (PEREIRA et al., 2001). Isso depende do nível de mensuração da variável em estudo, que pode exigir formas de avaliação num nível de mensuração menos complexo ou mais complexo, ou ainda, variáveis que podem ser medidas em vários níveis, utilizando-se, para tal, associação de dois ou mais procedimentos metodológicos.

As escalas permitem diferentes níveis de precisão na mensuração. As escalas de categorias em nível ordinal têm sido amplamente usadas na mensuração da dor, apresentando-se tanto em versões unidimensionais como multidimensionais. Segundo Faleiros Sousa (2001), as escalas que são baseadas no reconhecimento de atributos e ordenação de suas dimensões permitem a representação de uma série de dados qualitativos numa série quantitativa. A escala do tipo ordinal contém categorias que podem ser ordenadas em sequência num contínuo, variando de uma extremidade a outra na categorização de um determinado atributo. O número de categorias varia de acordo com o problema a ser

pesquisado, sendo que seus itens devem ser elaborados com atributos pertinentes ao objeto social estudado.

A solicitação realizada para o cumprimento da tarefa proposta ao sujeito, pede que este se posicione dentro do contínuo representado na escala, indicando seus julgamentos através dessa atribuição. Existe, nesse método, a liberdade do sujeito escolher o valor que julga que mais o represente. Essa medida nos diz o padrão relativo dos níveis de um atributo, não revelando a ordem proporcional dos atributos (FALEIROS SOUSA, 2001)

Os instrumentos unidimensionais estão mais relacionados com a mensuração da intensidade da dor, principalmente quando se quer avaliar o desempenho de um analgésico ou algum outro tipo de intervenção técnica ou medicamentosa. Segundo Pereira e Sousa (1998) as escalas que recebem destaque nesse tipo de mensuração são as escalas numéricas (de categorias numéricas) e as verbais (categorias adjetivas, escalas analógicas-visuais). O número de categorias varia de acordo com o problema que será investigado, tanto nas escalas numéricas nas quais as categorias podem variar apenas de 0 a 5 pontos, como também de 0 a 100 pontos; e ainda nas escalas verbais que podem utilizar apenas alguns como vários adjetivos. As autoras discutem ainda que essas escalas de categorias revelam as diferenças entre as categorias com uma faixa limitada de possibilidade de respostas. Um exemplo desse tipo de estudo foi realizado em Nova Iorque por Raphael et al. (2002) que se propôs a avaliar o aumento de sintomas dolorosos após o ataque terrorista ao World Trade Center, em 11 de setembro de 2001. Participaram do estudo 2026 sujeitos com diagnóstico de fibromialgia que residiam em Nova York ou em suas proximidades. Foram avaliados sintomas dolorosos, fadiga e a presença ou aumento de sintomas depressivos através de escalas numéricas e verbais. As numéricas variando de 0 a 100 pontos, onde o 0 era a menor atribuição e 100 o valor máximo a ser atribuído. As escalas verbais apresentavam opções do tipo “não diminuiu”, “houve pequena diminuição”, “houve diminuição moderada”, “houve diminuição

significativa”. Os resultados obtidos mostram um aumento nos níveis das três variáveis estudadas continuamente por um período de cinco a seis meses, passando gradativamente a diminuir apenas após esse tempo.

Um outro estudo realizado por Giesecke et al. (2005), utiliza em seu estudo psicofísico com pacientes fibromiálgicas a escala visual analógica como uma das técnicas para mensurar a dor dos 53 clientes avaliados, que apresentavam além de fibromialgia, o diagnóstico de transtorno depressivo maior. As medidas de dor e depressão foram comparadas com neuroimagens realizadas, nas quais foram constatadas diferenças de atividade cerebral apenas no grupo que apresentava associação entre as duas patologias, em comparação ao grupo de clientes que tinham somente fibromialgia. É possível ainda encontrarmos outros estudos em que as escalas unidimensionais estão associadas a outros instrumentos na avaliação da dor (BERGLUND et al., 2002; ARNTZ; CLAASSENS, 2004; FROT; FEINE; BUSHNELL, 2004).

Em contrapartida, os instrumentos multidimensionais levam em conta a multidimensionalidade do fenômeno doloroso, sendo que esses aspectos foram pela primeira vez apontados por Melzack e Torgenson em 1971. São exemplos desses instrumentos os que mensuram a dor através dos descritores das várias categorias avaliativas. Em estudo realizado por Hassett et al. (2000) foi abordada a associação de pensamentos negativistas na dor e na depressão de mulheres fibromiálgicas. Participaram da avaliação 64 clientes fibromiálgicas e 30 clientes com artrite reumatóide que constituíam um grupo para comparação. Foram utilizados: um instrumento para avaliar enfrentamento, um inventário de depressão e o Questionário para Dor de McGill (MPQ) para avaliar a dor. Foi encontrada associação estatisticamente significativa entre dificuldades no enfrentamento, sintomas depressivos e aumento da dor em todas as subescalas do MPQ ($p < 0,05$).

Greco; Rudy; Manzi (2004) conduziram uma avaliação com clientes portadores de lupus eritematoso sistêmico, uma outra condição reumatológica, utilizando o MPQ para avaliar o nível de limitação provocado pela dor, em associação com o Medical Outcomes Survey Short-Form 36 (SF-36). A severidade da dor avaliada de forma multidimensional no MPQ, mostrou correlação direta no impacto na qualidade de vida avaliado pelo SF-36. Vemos assim que nesses estudos a multidimensionalidade da dor pôde ser acessada pelos instrumentos e não apenas sua intensidade.

1.5 Psicofísica

A psicofísica é um ramo da psicologia experimental originária do século XIX. Em seu início, os procedimentos realizados dentro dessa perspectiva foram denominados de Psicofísica Sensorial, sendo utilizados para escalonar variáveis métricas como som, brilho, distância, temperatura, entre outras. Com o desenvolvimento e adaptação dessa tecnologia, foi possível determinar formas de realizar o mesmo tipo de avaliação, com o mesmo rigor metodológico para variáveis sociais e clínicas como estresse e reajustamento social, grau de severidade das enfermidades, grau de instrução do cliente hospitalizado, expectativas e qualidade dos cuidados oferecidos, entre outras, onde se encontram variáveis métricas e não-métricas. (SOUSA; SILVA, 1996).

Segundo Ferreira (2003), o processo de evolução da psicofísica recebeu várias críticas e contravenções ao longo de sua história, embasadas principalmente por estudiosos que defendiam os pensamentos de Immanuel Kant (1724-1804) e Augusto Comte (1798-1857). Mas foi no trabalho do psicofísico Gustav Fechner (1801-1887) que essa ciência ganhou força. O trabalho de Fechner foi produzido com a união entre o panpsiquismo (espírito e

corpo), uma metodologia experimental (correlacionando estímulos e as sensações percebidas) e um conjunto de leis matemáticas. Ainda para Ferreira (2003), é através dessa união que a sensação torna-se elemento para a psicologia, ligando o mundo físico que estimula constantemente os sentidos, o fisiológico através das energias nervosas, e o psicológico uma vez que a sensação seria a base de nossas representações.

A dor apresenta quatro aspectos: transdução – que permite a transformação do estímulo sensorial em impulsos nervosos-, transmissão – que transmite os impulsos nervosos ao cérebro, o que no caso da dor ocorre pelo trato espinotalâmico -, percepção – que permita a captação e interpretação dos impulsos nervosos pelo cérebro- e modulação – que ocorre com a participação de estruturas cerebrais responsáveis pelos aspectos motivacionais e emocionais. Estes são sempre permeados pela relação corpo-mente, onde o sistema nervoso central filtra, avalia e modula a informação sensorial. Contudo, esta não é uma percepção comum, direta e apenas ligada ao estímulo nociceptivo, podendo ocorrer até mesmo sem estímulo algum, ou então de maneira desproporcional ao estímulo observado, ficando clara a influência de fatores multidimensionais nesse sistema. Os primeiros estudos dessa teoria relacionados ao estudo da dor preocuparam-se em avaliar a medida do efeito da analgesia, quantificada através de estimulações nociceptivas no eliciamento da dor e em seu máximo estímulo tolerado (SOUSA; SILVA, 2005).

Encontramos, mais recentemente, estudos psicofísicos avaliando vários tipos de dor. Num estudo conduzido por Frot; Feine; Buschnell (2002), foi avaliada a diferença de percepção da dor e ansiedade entre os sexos, utilizando estimulação da dor experimental através do uso de capsaicina. A capsaicina é um composto de pimentas que causa sensações de coceira e queimação assemelhando-se a uma reação alérgica da pele, podendo ser considerada uma sensação natural de dor. Dez pacientes do sexo feminino e dez do sexo masculino foram avaliados, todos saudáveis. A capsaicina foi aplicada na pele em dois locais

por trinta minutos. Através da escala visual analógica, foi-se avaliando a dor e o desconforto durante e após a aplicação. Os resultados mostraram que as mulheres tiveram maior intensidade da dor e desconforto que os homens. Porém, os homens tiveram maior ansiedade e mostraram a maior correlação entre ansiedade, intensidade de dor e desconforto.

Arntz e Claassens (2003) avaliaram o significado da dor e sua influência na experiência de intensidade. Uma barra de alumínio foi colocada na nuca dos participantes, provocando estimulações de dor através do frio e do calor, ou seja, ora a barra era colocada gelada, ora quente. O estímulo era realizado de forma que o participante não visse a barra. Pelo fato do calor provocar mais lesões do que o frio, a hipótese do estudo é de que ao sentir dor, o sujeito avaliaria a barra na maioria das vezes como estando quente. Trinta e um estudantes saudáveis participaram do estudo, com idade entre 18 e 26 anos. Os resultados encontrados sustentam a hipótese, encontrando correlação positiva entre o significado estabelecido pela possibilidade de dano tecidual e a intensidade de dor referida.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Avaliar por meio de duas diferentes técnicas metodológicas a percepção da dor de seres humanos em tratamento para fibromialgia.

2.2 Objetivos Específicos

Avaliar a percepção da dor por meio de uma técnica metodológica quantitativa associada a uma técnica metodológica qualitativa, visando caracterizar a forma como os clientes percebem e avaliam a própria dor levando em conta aspectos multidimensionais da mesma.

Além dessa caracterização, o presente projeto tem o objetivo de investigar experiências referentes à vivência do processo de adoecimento no contexto familiar, social e ao relacionamento com os profissionais da saúde dos serviços utilizados, bem como de que forma o cliente relaciona essas experiências a sua condição atual.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 Participantes

Para este estudo foram convidados clientes do Ambulatório de Imunologia Clínica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo que tenham preenchido critérios diagnósticos para fibromialgia e que estejam realizando atendimento médico no local.

Os critérios de exclusão adotados para a participação no estudo foram:

- 1) Clientes que não consentiram a participação no estudo, de acordo com as condições éticas propostas pelo termo de consentimento livre e esclarecido.
- 2) Clientes que ainda não estavam devidamente diagnosticados ou ainda referiram desconhecer o diagnóstico.
- 3) Clientes que, segundo informações médicas previamente solicitadas, apresentassem condições metabólicas que pudessem alterar a percepção da dor, como patologias de base que estivessem em tal grau de severidade que os sintomas pudessem sobressair-se aos observados na fibromialgia.
- 4) Clientes que estivessem em condições psiquiátricas e/ou neurológicas que impedissem a devida compreensão quanto aos objetivos do estudo ou das questões realizadas.
- 5) Clientes menores de dezoito anos, em que o responsável não consentisse a participação no estudo.

Os clientes que não apresentaram nenhum dos critérios de exclusão foram incluídos no estudo, totalizando 30. Houve uma franca dificuldade de identificar clientes que não apresentavam nenhum dos critérios citados, devido ao grande número de clientes que tinham comorbidades que poderiam enviesar o estudo.

No caso de clientes que relataram crises ou episódios depressivos, foram selecionados apenas as que tinham já realizado tratamento e no momento do estudo estavam fora da crise, ou seja, clientes já tratados da doença, evitando-se a possibilidade de subestimar ou superestimar a dor na avaliação.

Descrição da amostra selecionada:

Todas as clientes que participaram do estudo eram do sexo feminino e a idade média encontrada foi de 44,7 anos, com desvio padrão de 9,32, tendo a mais jovem 28 anos e a mais velha 65 anos.

A Tabela 1 apresenta os dados sócio-demográficos coletados no momento da entrevista semi-estruturada, caracterizando a amostra quanto à profissão, procedência, estado civil, número de filhos, escolaridade e religião.

Tabela 1 - Características demográficas das clientes avaliadas

Profissão	
Remunerada	73,3%
Não-remunerada	26,7%
Procedência	
Ribeirão Preto	13,3%
Região	83,4%
Outros estados	3,3%
Estado Civil	
Amasiada/ Casada	73,4%
Divorciada/ Separada	13,3%
Solteira	10%
Viúva	3,3%
Número de Filhos	
Nenhum	3,3%
Até 3	70%
4 ou 5	20%
Mais de 6	6,7%
Escolaridade	
1º Grau Incompleto	66,7%
1º Grau Completo	13,3%
2º Grau Incompleto	6,7%
2º Grau Completo	13,3%
Religião	
Evangélica	30%
Católica	60%
Outras	10%

Com relação à profissão, 73,3% das clientes tinham profissão remunerada, sendo que destas, 36,7% são empregadas domésticas. As demais profissões referidas são: auxiliar de serviço, lavradora, balconista, camareira, autônoma, costureira e manicure. Outras clientes, somando 26,7% têm profissão não-remuneradas referiram realizar as atividades domésticas.

Quanto à procedência, 83,4% eram da região de Ribeirão Preto, tendo todas elas, vindo encaminhadas pela Unidade Básica de Saúde (UBDS) da cidade de origem, 13,3% residiam em Ribeirão Preto, e 3,3% de outros estados, sendo esta provinda de Minas Gerais.

Os resultados referentes ao estado civil, apresentam dados de 73,4% das clientes casadas ou amasiadas, ou seja, que têm convivência com um parceiro estável, 13,3% são separadas ou divorciadas, 10% são solteiras e 3,3% viúvas.

O número de filhos variou de nenhum a onze, sendo que 70% das clientes tinham até 3 filhos, 20% tinham quatro ou cinco filhos, 6,7% tinham 6 ou mais filhos e apenas 3,3% não tinham filhos.

Quanto à escolaridade, nenhuma cliente analfabeta foi entrevistada, sendo que a maioria, 66,7% tinham o primeiro grau incompleto, 13,3% o primeiro grau completo, 6,7% o segundo grau incompleto e 13,3% o segundo grau completo.

A religião referida pelas clientes foi predominantemente a católica, sendo estas 60% das entrevistadas, seguidas por 30% da religião evangélica de variados seguimentos (batista, quadrangular, etc) e 10% de outras religiões (budista, seicho-no-iê, etc.).

3.2 Local e Período da Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada no ambulatório de triagem de Imunologia Clínica, realizado às segundas-feiras no período da tarde no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Os atendimentos médicos são realizados por dois médicos residentes da equipe de Imunologia Clínica. O ambulatório recebe clientes encaminhados por profissionais das Unidades Básicas de Saúde (UBDS) de Ribeirão Preto e como também da região e de outros estados. Após informações oferecidas pela equipe médica, foi realizada a escolha desse ambulatório especificamente, pelo fato de que é neste que chegam os clientes diagnosticados ou com suspeita de fibromialgia primária, ou seja, sem diagnóstico ou suspeita de outras patologias de base. No caso de suspeita de comorbidades, os clientes são encaminhados para ambulatórios que realizam os devidos tratamentos e seguimentos do caso. Na grande maioria das vezes, no caso de diagnóstico de fibromialgia primária, o cliente é

encaminhado novamente para o local de origem, já com a confirmação diagnóstica, para ser seguido pela equipe da UBDS.

O período de realização do estudo foi de 18 de novembro de 2005 a 12 de fevereiro de 2007.

3.3 Material

a) Entrevista semi-estruturada (Apêndice2)

Elaborada especificamente para este estudo, com base no modelo proposto por Sturge-Jacobs (2002). No início da entrevista, foram realizadas algumas questões básicas sobre dados sócio-demográficos, como idade, procedência, escolaridade, etc. O corpo da entrevista é composto por 12 perguntas. O roteiro da entrevista conta com questões referentes ao histórico do adoecimento, desde o surgimento dos sintomas, a descoberta do diagnóstico, até o momento. Paralelamente a este processo foram questionados aspectos da convivência social, familiar, relacionamento com as equipes de saúde com as quais realizou atendimentos, bem como pensamentos e sentimentos que acompanham a vivência dessas questões. Os pensamentos e sentimentos em questão referem-se tanto ao próprio cliente, quanto ao meio. A entrevista elaborada com o intuito de abranger os seguintes aspectos:

- percurso da doença (percepção dos sintomas, procura de atendimento, diagnóstico);
- percepção da reação diante da dor (tanto do paciente, como de familiares e vínculos sociais);
- percepção sobre o que influencia a dor (aspectos físicos e emocionais);
- percepção de sentimentos e pensamentos relacionados à dor;
- percepção da qualidade de vida;
- percepção das necessidades e dos recursos existentes no manejo da dor;

- relação com os profissionais da saúde;
- percepção da possibilidade de recursos próprios no manejo da dor.

b) Instrumento de Descritores de Dor (Anexo 2)

Proposto por Sant'Ana et al. (2004), este instrumento foi utilizado com cinquenta descritores, sendo que para cada um deles existe uma definição específica dada ao cliente no momento da aplicação do mesmo. É solicitado que o cliente atribua um valor numérico em uma escala com escores que variam de 0 a 6, onde 0 é atribuído ao menor grau de caracterização da dor e 6 ao maior grau de caracterização da dor. As palavras utilizadas estão dispostas aleatoriamente e pertencem aos grupos sensoriais, avaliativos, afetivos e mistos, contemplando a multidimensionalidade do fenômeno doloroso.

c) Material de apoio

Fotocópias dos instrumentos que foram utilizados, gravador e fitas K-7 para a realização das entrevistas, caneta para as anotações dos dados.

3.4 Aspectos Éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (Anexo 1). Todos os participantes incluídos no estudo, consentiram a participação por escrito.

3.5 Procedimento

A coleta de dados foi efetuada, em todos os casos, posteriormente à avaliação médica, sendo que o caso era discutido com os médicos residentes responsáveis, para obter informações sobre o diagnóstico e a ausência de comorbidades que pudessem influenciar ou alterar a avaliação do cliente. O contato inicial com o cliente foi realizado individualmente, sem a presença do médico, visando evitar qualquer interferência na decisão deste de participar ou não do estudo.

Antes do início da coleta de dados, foram explicitados, ao cliente avaliado, os objetivos do estudo, assim como sua importância, além de ser relatada a composição dos instrumentos utilizados. Neste momento, após o entendimento do proposto, por parte do cliente, era apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 1), constando claramente os aspectos citados anteriormente. A condição de total liberdade de recusa foi reforçada para todos os clientes abordados.

Dando continuidade ao processo, os dados sócio-demográficos foram coletados e, em seguida, iniciada a entrevista. Por último, foram utilizados os descritores de dor crônica explicitando ao cliente a tarefa a ser realizada. Após a apresentação e definição de cada descritor, foi solicitado ao cliente que atribuisse um valor na escala de 0 a 6 de acordo com seu julgamento para aquele tipo de dor.

3.6 Análise dos dados

a) Análise das entrevistas semi-estruturadas

As entrevistas foram realizadas com uso de gravador, em fita cassete, sendo posteriormente transcritas integralmente.

O tipo de análise verbal utilizada seguiu de acordo com o método de análise de conteúdo proposto por Bardin (1979), sendo que, segundo a própria autora, é “um conjunto de técnicas da análise das comunicações visando, por procedimentos sistemáticos e objetivos, a descrição do conteúdo das mensagens, a obtenção de indicadores quantitativos ou não, que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de recepção/produção das mensagens” (p.42).

Silva et al. (2005) propõem a análise de conteúdo como uma ferramenta para a compreensão da construção do significado, o que permite ao pesquisador o entendimento das representações que o indivíduo desenvolve em relação a sua própria realidade e a interpretação dos significados a sua volta. Assim, por meio desta técnica, é possível criar categorias de análise dos conteúdos expostos e, posteriormente, quantificar essas expressões, bem como interpretar os conteúdos que emergem da relação entre as categorias de significados. “O princípio da análise de conteúdo é definido na demonstração da estrutura e dos elementos desse conteúdo, para esclarecer diferentes características e extrair sua significação” (SILVA et al., 2005, p.75).

A modalidade específica de análise de conteúdo que foi utilizada é a proposta por Minayo (2000), denominada análise de conteúdo temática, que consiste na elaboração de categorias de análise de acordo com o tema que estas representam. Segundo Casarini (2005), esse tipo de análise alcança dois objetivos: visa compreender o sentido da comunicação e ainda busca significados que possam estar contidos num segundo plano, com uma outra significação.

Assim, para realização da análise, algumas etapas foram seguidas:

1. De posse das entrevistas transcritas, uma pré-análise foi feita, no intuito de sistematizar idéias para organização do material, e posterior construção das unidades temáticas. Essa leitura foi realizada com todas as entrevistas, de forma flutuante e exaustiva, identificando unidades globais de significado. Essa fase possibilitou a identificação dos temas a serem desenvolvidos.

2. Após essa identificação global e levantamento das principais unidades temáticas, o material foi relido, buscando analisar pontos do discurso relacionados às unidades temáticas identificadas. Nesse momento foi possível também levantar unidades ainda não identificadas, bem como possíveis subdivisões dessas unidades.

3. Dando seguimento à análise, já com a identificação das unidades temáticas, bem como os trechos dos textos relacionados a estas, cumpriu-se o objetivo de estabelecer relações entre as unidades e verificar a possibilidade da existência de conteúdos latentes passíveis de identificação.

4. Na fase final, foi realizada a interpretação dos dados, explorando os conteúdos emergidos.

b) Instrumento de Descritores de Dor (IDD)

Para a análise dos descritores de dor crônica, foram inicialmente calculados a média aritmética e o desvio padrão de cada um dos cinquenta descritores utilizados. Após o cálculo, foram determinados quais descritores receberam maior e menor atribuição na caracterização da dor. Este processo foi realizado para os dados coletados de cada cliente, sendo assim possível determinar-se quais descritores caracterizam mais e quais caracterizam menos a dor nessa amostra de clientes fibromiálgicas.

As discussões e conclusões foram realizadas levando em conta os dados obtidos nos dois instrumentos, visando uma apreensão mais ampla do fenômeno estudado, por meio de um instrumento já estruturado, validado e fidedigno, e um instrumento semi-estruturado, no intuito de abarcar as nuances que só poderão ser expressas por quem vivencia o problema em questão.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com o propósito de obter maior objetividade, os resultados dos dados coletados com os dois instrumentos foram apresentados separadamente, para posteriormente serem discutidos em conjunto visando a complementaridade dos mesmos.

4.1 Análise de conteúdo temático das entrevistas semi-estruturadas

Após a leitura exaustiva das transcrições das entrevistas, as categorias de análise foram gradativamente ganhando forma e puderam ser estruturadas em itens e subitens, permitindo abarcar os conteúdos relatados pelas clientes de maneira sistemática. As categorias foram determinadas de acordo com as grandes temáticas de análise propostas na criação da entrevista e posteriormente foram divididas nas seguintes unidades temáticas:

1) *Diagnóstico*: essa categoria traduziu todo o percurso do adoecimento das clientes, desde a percepção do(s) sinais e/ou sintoma(s), dificuldades para esclarecimento, preocupações e dificuldades para acesso ao hospital terciário.

2) *Motivações*: nessa categoria foram explorados dados relativos às motivações tanto positivas quanto negativas para as clientes, sendo subdividida em percepção da equipe médica atual, mudanças após a confirmação diagnóstica, queixas de limitações físicas, apoio familiar e/ou amigos, apoio no trabalho.

3) *Doença*: trouxe a percepção das causas e/ou influências do ponto de vista da cliente, recursos utilizados na crise álgica e percepção da possibilidade de utilizar recursos próprios para o alívio da dor.

4) *Sentimentos*: analisou a capacidade das clientes de perceber e/ou identificar sentimentos, de estabelecer relações entre as causas emocionais e seus sentimentos, expressar

sentimentos sobre a relação familiar, na relação conjugal, e por fim, averiguar a presença de sentimentos relacionados com processos de luto relatados.

5) *Pensamentos*: categorizou os pensamentos em relação ao futuro, em relação às necessidades percebidas, em relação ao tratamento, idéias de perfeccionismo e/ou persistência, e a pensamentos relacionados à doença em si.

6) *Repercussões na qualidade de vida*: contemplou as repercussões da doença nos aspectos familiares, pessoais, sociais/ trabalho e sexuais.

A Tabela 2 mostra um panorama das categorias citadas com a frequência de ocorrência de cada unidade temática nas entrevistas analisadas. Cada vez que um novo dado surgia dentro de cada unidade temática, este era computado, não tendo sido considerados dados que já tivessem ocorrido mais de uma vez na mesma entrevista. Assim, foi possível obter-se um panorama de quantas interpretações e formas de expressão diferentes as clientes relataram em suas entrevistas, e não apenas quantas vezes um determinado tópico ou assunto foi comentado pela cliente.

Tabela 2 - Categorias e subcategorias das temáticas analisadas e suas frequências de ocorrência nos relatos das clientes

UNIDADES TEMÁTICAS	FREQUÊNCIA DE OCORRÊNCIAS
Diagnóstico	122
Percepção dos sinais e/ou sintomas	48
Preocupações	18
Dificuldades de esclarecimento	33
Erros de diagnóstico	18
Dificuldades de acesso ao HC	5
Motivações	188
Percepção da equipe médica atual	22
Mudanças após a confirmação diagnóstica	29
Queixas de limitações físicas	69
Apoio familiar e/ou amigos	49
Apoio no trabalho	19
Doença	238
Percepção das causas e/ou influências	65
Recursos utilizados	140
Possibilidade de utilizar recursos próprios	33
Sentimentos	105
Percepção/identificação de sentimentos	21
Relação entre causas emocionais e sentimentos	24
Na relação familiar	24
Na relação conjugal	28
Luto	8
Pensamentos	101
Em relação ao futuro	24
Em relação às necessidades	27
Em relação ao tratamento	5
Idéias de perfeccionismo e/ou persistência	21
Em relação à doença em si	24
Repercussões na qualidade de vida	87
Familiares	16
Pessoais	38
Sociais/ trabalho	29
Sexuais	4

4.1.1 Diagnóstico

Nessa unidade temática, foram sistematizados relatos referentes ao percurso realizado pelas clientes até chegarem ao diagnóstico bem como demais dados relacionados a este. A análise, nesse caso, revela que 26,7% das clientes obtiveram o diagnóstico com menos de um

ano a partir do surgimento dos sintomas e/ou sinais da doença. A procura para realização e/ou confirmação do diagnóstico foi de 1 a 5 anos para 50% das clientes, entre 5 e 10 anos para 20% e de mais de 10 anos para 3,3%. O número de médicos consultados foi de até 3 para 46,7% das clientes, até 5 para 23,3%, até 10 para 3,3% e 26,7% das clientes referiram ter consultado vários médicos não conseguindo precisar a quantidade destes. Os serviços de saúde em que foram realizados os atendimentos foram até 3 serviços para 90% das clientes e de mais de 3 para 10%, havendo relatos de procura tanto por médicos do Sistema Único de Saúde (SUS), como também por convênios e médicos particulares. Com relação à frequência atual de procura por serviços de saúde devido às crises álgicas, as clientes relataram que 63,3% delas procuram o serviço pelo menos uma vez por mês, 13,3% procuram duas vezes por mês, 6,7% procuram três vezes ao mês e 16,7% chegam a procurar quatro vezes por mês ou mais.

Os dados relatados condizem com as dificuldades descritas em outros estudos com relação ao diagnóstico e o longo percurso realizado pelos clientes em busca de revelações acerca da dor percebida. Um estudo realizado na região sul do Brasil verificou que 40% das clientes estudadas referiam dor há mais de dez anos, 48,6% receberam o diagnóstico de fibromialgia há menos de um ano, o que demonstra que o percurso realizado desde o início das dores até a obtenção do diagnóstico é longo e tortuoso (BERBER; KUPEK; BERBER, 2005). Muitos clientes passam anos sem um manejo adequado da própria dor, sem respostas às dúvidas ou queixas percebidas, gerando um desconforto tanto físico quanto emocional, social, familiar, com prejuízos significativos na qualidade de vida e preocupações advindas desse processo (GOLDENBERG, 2000; MASI; WHITE; PILCHER, 2002).

4.1.1.1 Sintomas

No que tange ao início dos sinais e/ou sintomas, 48 ocorrências foram contabilizadas nas entrevistas, sendo 30 referindo-se à dor como sintoma inicial e 18 às alterações do sono. Dessas 18, todas relataram a dor e as alterações do sono ocorrendo juntas, o que pode ser ilustrado com os exemplos a seguir.

“Ah, durou mais ou menos uns....quase um ano . Assim, eu já tinha dificuldade em dormir né, eu já sentia um pouco de dificuldade em dormir. Só que eu tinha uma vida assim, muito ativa, eu tinha três serviços, eu ia pra um lado, ia pra outro, não parava. Parecia que eu era um robô. E de repente, eu fiz esse regime e começou tudo, cansa, não tinha vontade de fazer nada, daí por diante. Dor, mas dor assim que parecia que eu ia morrer, sabe? Foi mais ou menos entre uns oito meses, quase um ano.” (cliente 13)

Fica clara a forma como os sinais e/ou sintomas da doença podem estar combinados nesse relato. A cliente expõe, nesse caso, os dois acontecendo concomitantemente. Isso é característico da própria doença, que apresenta um leque de sinais e/ou sintomas. Mas, no caso das clientes entrevistadas, as alergias, alterações intestinais, cefaléia, não foram relatadas. Em um estudo realizado em Salvador, no Brasil, as clientes avaliadas reportaram sinais e/ou sintomas semelhantes, sendo que 100% das clientes referiram dor difusa, e 88,3% referiram distúrbios do sono (COSTA et al., 2005). Percebe-se que, nesse estudo, as queixas referentes aos distúrbios do sono ocorreram em maior número, mas no que se refere à dor, os dados são idênticos.

“Não, dormir, pra mim poder relaxar, porque à noite, devido à dor, não é que eu tenho insônia... o meu sono assim... parece uma fuga... o sono pra mim, que eu sou de família muito agitada, porque é muito problema né, então, o que acontece, ele (médico) me deu calmante pra mim conseguir dormir porque eu mexo muito à noite... não é que eu não durmo que eu não tenho sono, é porque eu tô sempre mudando de

posição por causa da dor, que é tanto que eu fico caçando um jeito melhor de dormir. Então é onde que ele receitou calmante pra relaxar.” (cliente 8)

Já nesse outro exemplo, a dor aparece como a causa da dificuldade relacionada ao sono, impedindo que este seja obtido de forma satisfatória. O uso da medicação em muitos casos, faz com que a cliente não sinta problemas em iniciar o sono, mas não significa que a qualidade deste esteja garantida. A literatura mostra alterações na estrutura do sono de clientes fibromiálgicas, havendo uma intrusão de ondas alfa nos estágios que deveriam ser os mais profundos do sono. Com essa interrupção do ciclo do sono, as clientes não relaxam o suficiente para liberar as toxinas presentes nos tecidos musculares, o que gera mais dor e rigidez matinal (WOLFE et al., 1990).

4.1.1.2 Preocupações

Das preocupações relatadas pelas clientes, chamam a atenção dois aspectos: num primeiro momento, existem relatos de medos e angústias gerados pela dificuldade inicial de obter um diagnóstico, justificado pelo longo percurso realizado por essas clientes até o momento de saber, de fato, qual doença que gera os sinais e/ou sintomas percebidos, que como visto anteriormente, estão ligados à dor e ao sono. Foram somadas 18 ocorrências de relatos nessa unidade temática:

“Ah, eu acho que sim né, porque eu tinha até medo de ser câncer por exemplo. Falava “gente essa dor , essa dor, eu devo tá com alguma coisa”. Aí a doutora falou assim “pode ficar tranqüila, não tem nada a ver.” (cliente 4)

“Sem atendimento nenhum, sem médico, sem remédio, parado, neutro. E agora que eu consegui, vim hoje pra mim ter uma continuação, ver que doença que é essa, se

é, eu nunca ouvi falar, e outra: eu quero ser curada porque eu sou nova ainda né, eu tenho que ser curada, ou então tomar um remédio que não deixa doer meus ossos. Né me causa... eu fico muito nervosa, porque eu sou muito sabe, nervosa, assim eu ponho aquilo na cabeça e fico “nossa, será que é aquilo?” Uai, eu não fui perguntar pro médico se era grave aquilo e pra mim eu achava até eu era câncer. Falei “doutor eu tô com câncer?”, ele falou “você acha que é?”. Falei “não sei, o senhor é médico”. (cliente 17)

Os relatos demonstram claramente essas preocupações relacionadas principalmente à idéia de um possível câncer, devido ao fato da dor ser percebida de forma generalizada. A literatura mostra que, dentre as características psicológicas determinadas para clientes fibromiálgicas, encontraram-se altos níveis de estresse relacionados ao adoecimento (HASSETT et al., 2000). Isso justifica o fato das clientes referirem, ante a espera pelo diagnóstico, preocupações condizentes com um quadro clínico mais grave.

Num segundo momento, ainda existe a preocupação relacionada a uma certa desconfiança das clientes com relação à veracidade do diagnóstico, mesmo após a realização deste. Além disso, o agravamento do quadro com consequências mais prejudiciais e limitantes fazem parte do leque de preocupações percebidas.

“É, até hoje ainda penso (risos). Eu fico assim... “será que é fibromialgia mesmo?”(risos). Mas... Passa, ainda passa. Quando as dores aumentam então, acho que aí piora mais porque aí a gente fica preocupada, pensando. Aí junta tudo. Então não sei. Hoje parece que tá bem melhor. Aí falo assim “não, é fibromialgia mesmo”. Volta a dor eu falo “ai meu Deus” (risos). Então fica assim.” (cliente 23)

A variabilidade do nível de dor ao longo do tempo é característica da fibromialgia, o que pode de fato dar a impressão de que existe uma falta de controle grande no manejo da dor. Porém, um estudo realizado por Harris et al. (2005) mostra que, especificamente na fibromialgia, é possível realizar um controle adequado, apesar dessa variação.

“Tem horas que eu acho que eu não vou andar mais sabe? Acho que eu não vou agüentar fazer mais nada, então... eu só quero o melhor pra ele (namorado), então eu falo pra ele. Ele fala “mas eu não to atrás de ninguém, eu gosto de você, eu quero ficar perto de você, não me importa se amanhã ou depois eu vou ter que cuidar de você numa cadeira de rodas, ou numa cama, mas eu quero ficar perto de você”. (cliente 13)

Como discutido, as preocupações anteriores ao diagnóstico são justificáveis pela dificuldade de obter o diagnóstico adequado, passando por vários médicos e serviços. Já as preocupações após o diagnóstico, remete-nos a pensar no grau de esclarecimento que as clientes têm quanto à doença. Isso embasa a discussão das duas próximas unidades temáticas: dificuldades no esclarecimento e erros de diagnóstico.

4.1.1.3 Dificuldades de esclarecimento

As ocorrências que ilustram essa unidade temática foram 33, sendo que 7 clientes relataram ter dificuldades de esclarecimento, relacionadas principalmente a características pessoais.

“Tenho. A vergonha, a timidez, isso aí é..” (cliente 5).

“Tenho, fico meio, sou meio acanhada. Sou meio acanhada aí eu, tenho medo... assim... também de resposta sabe, então sou meio....(...) Eu tenho acho que...que nem, fazer exame. Fala que tem que fazer exame, na hora de receber o resultado, eu já entro gelada. Eu tenho medo do que eu vou ouvir.” (cliente 13)

Nesse último relato mencionado, a cliente refere, além da timidez, receio de saber o resultado dos exames relativos ao seu tratamento, algo que gera medo. É de se questionar o

quanto a cliente evita esclarecer suas dúvidas durante o atendimento médico. A literatura mostra dados relativos a essa problemática, relacionado-a a níveis de ansiedade maiores em clientes com dificuldades de esclarecimento. Um estudo realizado por Arntz e Claassens (2004) discute essa questão apontando que clientes mal-informados sobre sua dor atribuem facilmente significados mais negativos do que o necessário, aumentando consequentemente os níveis de ansiedade e de depressão.

Uma visão diferenciada é apontada por uma cliente em seu relato sobre a dificuldade de esclarecimento que apresenta

“ Eu não tenho coragem de chegar e falar, que nem, eu cheguei em você e falei, nem pra outra eu não tive coragem de falar, porque assim, eu achei assim, sabe, que ela não vai nem entender né(...)” (cliente 30)

Aqui, a cliente fala de interpretações diferenciadas entre os profissionais de saúde, referindo-se à médica como alguém que não entenderia suas dúvidas. Quando questionada sobre os motivos que a levam a pensar na sua relação com a equipe médica dessa maneira, a cliente referiu não saber explicitar tais motivos. Isso leva a uma reflexão sobre o papel do psicólogo, dentro da unidade de saúde e integrante de uma equipe médica, que muitas vezes é responsável pela aproximação dos vínculos entre o cliente e a equipe, promovendo uma comunicação mais efetiva e laços que permitam a compreensão por parte do cliente sobre sua doença e a compreensão do profissional de saúde sobre as dificuldades e as necessidades daquele cliente em atendimento. (ANGERAMI, 1998). Algumas dúvidas relatadas pelas clientes, ilustram essa questão.

“Ah, eu fico assim... agora eu fiquei meio assim preocupada porque eu não sei direito ainda que é uma coisa que sara... se não é, como é que é, né. Então na hora que

ela falou eu até assustei né, falei ‘ai meu Deus, será que é uma doença assim... que não tem cura, né’?.” (cliente 30)

“É, eu ainda tenho. Ainda tenho muita (dúvida). Mas vamos esperar agora né.” (cliente 23)

Em contrapartida, as demais clientes entrevistadas referiram não ter dificuldade na obtenção do devido esclarecimento das dúvidas. Não foi encontrada uma relação entre as dificuldades de esclarecimento e os dados sócio-demográficos, ou seja, a idade, a procedência, nível de escolaridade, não interferiram no esclarecimento sobre a doença nessa amostra.

“Não, eu pergunto de novo, se eu não entendi eu pergunto ‘como que é o negócio? É assim que eu tenho que fazer?’ É assim.” (cliente 19)

4.1.1.4 Erros de diagnóstico

Devido à dificuldade na obtenção do diagnóstico, foram identificadas 18 ocorrências de relatos sobre os erros de diagnóstico, que aconteceram em atendimentos tanto particulares ou de convênios médicos, como públicos. Os relatos trazem conteúdos que variaram desde situações em que a fibromialgia foi confundida com algum outro quadro reumático, até a afirmação por parte de profissionais de que a doença inexistia. Essa questão pode estar ligada basicamente a dois fatores: a postura do profissional diante das queixas recebidas e devido à ausência de sinais observáveis para a realização do diagnóstico. Heymann (2006) discute a falta de atenção recebida até hoje por clientes fibromiálgicos nos consultórios, o que em parte deve-se à falta de conhecimento do profissional e também pela sua falta de disposição em aprofundar-se no assunto. Harris et al.. (2005) também discutem essa questão com base na

atitude do profissional de saúde e do próprio cliente em função da percepção da variabilidade dos níveis de dor e que sentido é dado, para isso, na compreensão da doença. Isso acaba por dar margem a dificuldades e erros por parte dos profissionais envolvidos na determinação do quadro em questão. Contudo, o que chama a atenção, são as possíveis consequências geradas por esses problemas.

“Foi por causa de dor, aí o doutor Paulo falou que era má circulação. Falou “quem sabe se fazendo cirurgia das pernas não acaba essa dor”. Então a gente faz de tudo pra acabar com a dor né, o que a gente quer é tirar as dores. Aí eu fiz a cirurgia. Mas não virou nada, ela não inchava, agora começou a inchar.” (cliente 16)

“Tendinite, aí começou a tratar a tendinite, que foi tratada por cerca de uma ano que eu fiz fisioterapia tudo, e eu fazia o tratamento com esse médico, até que um dia então ele saiu, do posto de saúde e entrou um outro médico, que ele falou pra mim que quando eu precisasse, quando às vezes inflamasse, qualquer coisa, era pra mim retornar. Aí com a mudança a troca de médico, eu fui com os sintomas lá, né, que não tava tanto quanto da primeira vez que eu fui, que eu tive, né, porque ele ainda falou pra mim, você não espera agravar tal isso e aquilo, porque ele teve até que me imobilizar o braço, e falou, quando você perceber alguma coisa, você já vem, já retorna, pra não ficar... porque ele falou que meu braço tava inteiro inflamado. E aí esse novo médico falou pra mim que não era nada disso, que não era fibromialgia. Ah, quer dizer, que não era tendinite que era fibromialgia, né, aí ele começou a fazer o tratamento, falou que não era pra fazer nada, não era pra fazer...como é que é mesmo o nome que eu falei....fisioterapia.” (cliente 6)

Os relatos apontam a possibilidade de uma intervenção cirúrgica desnecessária e a manutenção de um tratamento inadequado por cerca de um ano, como exemplos das consequências dos erros de diagnóstico observados. Isso pode trazer, em última instância, dúvidas da cliente com relação à capacidade profissional dos envolvidos, ou ainda, criar fantasias acerca do diagnóstico em si, já que em outras vezes essa cliente acreditava ter uma

doença e, na verdade, era outra. Além disso, um outro relato chama a atenção pela forma como o profissional aborda a questão da existência da fibromialgia como uma doença reconhecida e com diagnóstico, embora apenas clínico, bem determinado.

“Que isso não existe, que isso é um nome dado pra dor que a gente tem. Inclusive um médico daqui que falou assim, “isso aqui é um reumatismo que se chama fibromialgia”. Ele falou assim “esse negócio de reumatismo é coisa de gente antiga, isso não existe não”, o médico de lá falou.” (cliente 24)

Vê-se a resistência, ainda, de alguns profissionais em reconhecer a fibromialgia como doença e manejá-la de forma adequada (MASI; WHITE; PILCHER, 2002)

4.1.1.5 Dificuldade de acesso ao Hospital das Clínicas

Cinco relatos traziam questões relativas às dificuldades de obter acesso ao Hospital das Clínicas, o que pode gerar um atraso ainda maior na obtenção do diagnóstico e início do tratamento adequado.

“Aí, o ortopedista de Guariba disse que poderia ser uma fibromialgia, aí ele me encaminhou pra cá. Pra ser chamada aqui, pra conseguir o encaminhamento demorou dois anos e dois meses... aí, depois dessa data que eu comecei a fazer o tratamento.” (cliente 2)

“Ah minha filha....você sabe desde quando tá esse pedido aqui (no Hospital das Clínicas), deve tá até aqui, ah, não acho que ficou com ele, tá pedido desde junho do ano passado. Porque lá (cidade de origem da cliente) tem coisas que faz até aniversário. Então quer dizer, a hora que você vai, as coisas até já piorou né. Já tá até... sei lá, quando você consegue...Você fica só tomando remédio, remédio, aí quando acaba eu vou no clínico geral, ou às vezes já vou no ginecologista mesmo, que de vez

em quando a gente tem que ir e já peço o remédio...a fluoxetina, diclofenaco, sabe, essas coisas, pra eu poder tomar pra dor. Meu estômago já não tá dando mais, porque eu tomo muito remédio, tem dia que eu to péssima, com o estômago ruim.” (cliente 8)

“Eu já tinha desistido, não acreditava que ia marcar. Ai quando foi... acho que quinta feira, a moça da secretaria ligou lá em casa não atendeu, aí levou o papel lá na minha filha. Ai também já levou com passagem, com tudo, porque já tava em cima da hora, né. Ai foi onde eu vim. Procurar um remédio pra essa dor.” (cliente 18)

Embora o número de ocorrências não seja alto (apenas 16,7%), são novamente as consequências desse atraso e a dificuldade de determinar com precisão o diagnóstico que chamam mais atenção, fazendo com que as clientes fiquem um tempo ainda maior sentindo as dores, sem um acompanhamento adequado, o que gera uma série de prejuízos. Em todos os relatos observados, as clientes apontam as Unidades Básicas de Saúde como responsáveis pelo atraso, possivelmente devido às limitações do sistema de encaminhamentos e/ou das políticas de saúde.

4.1.2 Motivações

4.1.2.1 Percepção da equipe médica atual

Ocorrências de relatos caracterizando a percepção da equipe médica forma ao todo 22, sendo 18 relativas a percepções positivas e 4 percepções negativas. De acordo com Paiva et al. (2006), 98% dos clientes procuram o reumatologista com a queixa de dor, e apenas 50% recebem uma explicação satisfatória para tal sintoma.

“Não, aqui eles são todos maravilhosos. São todos muito educados, nossa o HC assim, nota dez! Os médicos, tudo.” (cliente 4)

“Aí, melhorei, assim, por alguns dias... acho que eu relaxei, né, no caso, e depois voltou de novo. E agora que voltou mesmo, faz o que, uns dois meses que eu tô sentindo bastante dor. Aí já tinham me chamado pra vir aqui, eu falei “não, eu vou esperar porque aí eu faço o tratamento certo.” (cliente 19)

Os relatos acima trazem a visão positiva da equipe, tanto com relação à cordialidade no atendimento, como também à confiança depositada na equipe. Esse é um aspecto importante devido à forma como os profissionais podem influenciar a resposta do cliente na adesão ao tratamento e na crença da melhora, levando sempre em conta as prioridades do cliente que busca o alívio de sua dor (HEIBERG; KVIEN, 2002; MASI; WHITE; PILCHER, 2002).

O relato seguinte já mostra uma idéia diferente, associada com o caráter crônico da doença, como se isso impossibilitasse um manejo adequado. Isso pode refletir a forma como a cliente se sente motivada por parte do profissional para investir no manejo de sua dor, ou ainda o quanto está claro para ela que isso é possível. O que precisa ficar claro, tanto para o cliente como para o profissional de saúde é que a associação de estratégias é necessária, bem como a monitoração da eficácia justificando a continuidade do manejo (FITZCHARLES; ALMAHREZI; SHIR, 2005).

“ Ah, eles não fazem quase nada, né. Porque eles falam que não tem cura! Eles dão um remédio e só. Que nem... a doutora L. mesmo... ela fez um, aquela, falei pra ela que eu tinha uma dor no braço, ela mandou fazer um ultrassom, foi muito atenciosa sabe? Mas não, né, o que eles podem fazer também se é uma coisa que...né? Eles podem dar um remédio pra amenizar a dor só. Mas, eles não podem fazer mais nada, infelizmente né.” (cliente 10)

4.1.2.2 Mudanças após a confirmação diagnóstica

Das trinta clientes avaliadas, vinte e seis referiram perceber a confirmação diagnóstica como algo positivo, que propicia melhores condições de levar o manejo da doença adiante, e um esclarecimento de dúvidas mais efetivo. As outras 4 expressaram conteúdos de indiferença com a confirmação diagnóstica, ou ainda referiram o fato de ter conhecimento de uma doença crônica como algo negativo.

“Faz. Faz porque você sentir dor sem saber o que é te causa preocupação. Você sabendo o que é você sabe o que é “eu tô com dor porque eu tenho isso. Então vou sentir essa dor vai ser freqüente, vai ser sempre”. A médica já me falou que não tem cura, é uma melhora. Vai ser sempre assim, hoje tá bom, amanhã vai doer, e é assim que eu vou ter que acostumar.” (cliente 7)

As preocupações relacionadas à dor surgem como algo importante, que são desvencilhadas a partir do conhecimento sobre doença, as informações advindas desse processo e a preparação para buscar efetividade no seu manejo. O cliente que desconhece a doença que tem pede por um diagnóstico na tentativa de evitar um mal-estar crônico que surge com o adoecimento (EHLERS, 1999). Além disso, essas informações podem ter relevância até mesmo no contexto familiar, como ilustra o exemplo a seguir.

“Aí foi onde que as coisas mudaram. Aí que passaram a acreditar mais em mim, ver que realmente era dor. Agora quando eu tô com dor, até me levam no médico.” (cliente 13)

No que diz respeito às percepções de indiferença, chama a atenção o fato das clientes, que fizeram esse tipo de relato, referem uma convivência naturalizada com a dor, o que pode estar relacionado com o caráter crônico da doença.

“Não, eu, não faz diferença assim... porque iria fazer se alguém chegasse pra mim assim “olha você tá com câncer, tá com aids” ou alguma doença assim, acho que

me irritaria mais. Mas a dor, Jesus morreu por nós, por nossos pecados. Agora o que é que tem? Eu não posso sofrer? E o que que ele sofreu por nós? Que dor terrível ele teve? Eu penso assim.” (cliente 22)

Aqui, percebe-se ainda um componente religioso forte, que assume a função de minimizar a dor, comparando a própria dor percebida, com a dor de um personagem religioso importante. Casarini (2005) encontrou dados semelhantes em seu estudo realizado com familiares de clientes internados num Centro de Terapia Intensiva. Nesse estudo, a religiosidade surge como algo capaz de facilitar o entendimento do problema, a aceitação e facilita o controle emocional.

4.1.2.3 Queixas de limitações físicas

Essa unidade teve ao todo 69 ocorrências, com queixas bastante diferenciadas, que estão ligadas, invariavelmente, aos prejuízos e dificuldades impostos pela doença. Percebe-se muito claramente as queixas relacionadas com as características já descritas por várias categorias de profissionais de saúde envolvidos com pesquisas de descrição de sinais e/ou sintomas da doença (WOLFE et al., 1990; MARTINEZ et al., 1992; GIESECKE et al., 2003; GRACELY; GRANT; GIESECKE, 2003) . Estão colocados alguns exemplos para ilustrar as principais dificuldades relatadas. Tais queixas serão mais detalhadamente discutidas, por estarem relacionadas a prejuízos específicos para a qualidade de vida. Nessa unidade temática a intenção é ilustrar o grande número de ocorrências percebidas.

“Eu fico ali, fazendo serviço, eu não consigo fazer meu serviço depressa assim, porque dói e eu fico, sabe, o dia inteiro lá pra fazer meu serviço... é lavar roupa e limpar a casa, arrumar a cozinha... se eu tô com muita dor, eu pego, largo o serviço

tomo o remédio e deito um pouco, na hora que passa um pouco eu pego e vou continuar fazendo o meu serviço... é aonde eu fico nervosa, sabe?” (cliente 10)

“Já, já. Vixe, quantas vezes eu já machuquei o joelho, olha, tá vendo, tem até marca no joelho, de tanto cair. Entendeu, é por causa que trava, por causa de tá andando muito, então trava, eu não dou conta de andar. Não dou. Até tava falando, sou a única gordinha que não pode fazer caminhada. Porque trava mesmo, não é mentira não, não tem jeito, não é porque eu não quero. Eu tenho até vontade, mas eu não dou conta. Porque se eu fizesse caminhada, eu economizaria, porque é um e trinta o circular, quer dizer é dois e sessenta todo dia, olha o tanto que eu não ia economizar. Mas não é, assim, porque eu ganho um salário, pra mim seria ótimo né, mas eu não posso. Eu tenho que pagar os dois e sessenta pra eu poder trabalhar, senão...” (cliente 8)

“Não parar. Mas é uma dor que....e eu trabalho de balconista menina, se você fica um pouquinho parada, você já sai pra andar já tá aquela dor que te incomoda. Se senta que nem agora, a hora que sai, sai mancando. De manhã até que esquenta pra poder sair do lugar é aquela dor que...” (cliente 9).

4.1.2.4 Apoio Familiar e/ou amigos

Quarenta e nove ocorrências constituem essa unidade temática, sendo que 32 delas referindo-se ao fato da cliente ter apoio familiar, de pelo menos um membro, ou de amigos próximos e 17 delas referindo não ter apoio. Essas 17 ocorrências de falta de apoio refletem, na verdade, o número de clientes que relataram não ter apoio de nenhum membro familiar. Assim temos 17 clientes, mais da metade da amostra, com um histórico de falta total de apoio familiar. As outras 32 ocorrências estão ligadas a verbalizações que trazem apoio familiar e de amigos, tendo sido contabilizadas a cada vez que a cliente relatava apoio de um membro diferente. Se por exemplo a cliente referisse apoio do marido e da mãe, eram computadas duas ocorrências. Essa estratégia foi adotada com o intuito de verificar a abrangência do apoio recebido, ou seja, se este se restringe ao núcleo familiar (companheiro e filhos) ou se atinge

outros níveis de parentesco (mãe, pai, irmãos) das clientes entrevistadas. Há uma grande discrepância entre os relatos, variando de clientes que relatam ter apoio total da família, percebendo esses como provedores de um bom suporte, e em outros casos havendo um descaso total por parte dos familiares. Firma-se aqui, uma franca dificuldade de se estabelecer uma análise entre o tipo de relação familiar e a dor percebida, devido a amplitude de formas como essa relação tão próxima e de grande significado afetivo é percebida, vivenciada e expressada.

“Aí eu falo pra ela (irmã) passa... eu falo pra ela também... aí começo a chorar parece que, no eu chorar, ela me dar o conforto pra mim, parece que ameniza. Você entendeu? Ameniza, mas não cura, parece que naquele momento, depois volta tudo de novo, você entendeu? Então é uma coisa muito...é uma coisa muito forte, muito cansativa, então eu tô muito preocupada demais. Mas ela me dá muita força, muito apoio pra mim.” (cliente 17)

“Minha família é super preocupada. Ficam perguntando se eu melhorei, se não melhorei, se tô sentindo dor, se não tô, sabe? Minha mãe então é, fica em cima, né. Ela quer ajudar, mas não tem como(...)Filha única. Aí eu moro com a minha mãe, com a minha tia, com a minha avó. Então é três mães (risos).” (cliente 19)

Os relatos supracitados referem-se ao apoio recebido dos membros familiares. Os relatos a seguir, expressam ao lado controverso, a relação em que o apoio não é percebido. A carga emocional nos dois tipos de relatos é percebida com facilidade no momento da entrevista e da transcrição.

“E eu já fico nervosa, eu falo “ eu já tô com dor, e vocês ainda ficam tirando o sarro de mim? Eu tô com dor, não tô brincando, tô falando a verdade”. Eles acham que porque eu to ali, lavando uma roupa, fazendo uma comida, limpando uma casa, que é mentira minha que eu tô com dor.” (cliente 10)

“Tomo remédio mesmo. Minha filha fala que é eu que quero. Que eu que procuro. Ela fala assim “você tem tudo pra...você não tem problema nenhum, você não tem problema financeiro, meu pai é bom pra você, você tem tudo, você compra o que você quer, porque você faz isso?” Ela fala pra mim, que é da minha cabeça. Você acha que eu vou querer, não é da minha cabeça. Como que vai ser?” (cliente 12)

Deatrick; Knafl;e Murphy-Moore (1999) discutem em seu trabalho o conceito de normalização, sendo que este se refere às estratégias adotadas pelas famílias para o enfrentamento do adoecimento, buscando restabelecer o equilíbrio da unidade familiar. De acordo com esses autores, duas estratégias podem ser utilizadas para a manutenção da relação familiar: diminuindo a percepção das situações estressoras, que seriam discutir estratégias para a normalização da vida familiar com os membros da mesma e ajudar a família a implementar estratégias normalizadoras para sua situação. Esse é um conceito importante pois trabalha as questões de dificuldades da família relacionadas ao caráter crônico da doença em questão nesse estudo. Mostra-se necessário um envolvimento entre a equipe profissional que se torna, nesse sentido, responsável pela orientação e oferecimento das técnicas de manejo da dor, o cliente que busca o alívio da dor e a reabilitação e a família que tem papel de facilitar o enfrentamento do cliente, mas que também busca restabelecer suas relações.

4.1.2.5 Apoio no trabalho

Aqui, a variação com a questão do apoio se repete, como no âmbito familiar. As ocorrências foram 7 referindo ter apoio no ambiente de trabalho e 12 referindo não ter apoio, totalizando 19 ocorrências. Nessa unidade temática, o número de ocorrências também condiz com o número de clientes que as relataram. São 7 clientes referindo apoio no trabalho e 12 referindo não ter apoio. Três clientes, que referem profissão remunerada e estão afastadas do trabalho, relataram apenas sua experiência com relação ao apoio familiar, assim como as

clientes que referem realizar apenas as atividades domésticas, sem atividade remunerada no momento. As diferenças nos relatos também são significativamente diferentes, como mostram os exemplos.

“Não. Meus patrões são uns amores assim... porque eu não dou motivo. Eu acho assim, quando você dá motivo, aí vem o problema.” (cliente 14)

“Às vezes dói tanto que eu fico assim, caçando o ar sabe, de tanto que dói... aí ela (patroa) mesmo percebe sabe, aí ela fala “L., pelo amor de Deus vai deitar um pouquinho, se tranca dentro do quarto deita do jeito que eu tô te falando, põe um travesseiro e deita, fica lá, ao menos 10 segundos, por favor”, aí eu falo “não, tem muita serviço”... e ainda bem que a minha patroa reconhece... ela fala “olha eu preciso de você, não preciso do seu serviço, depois você morre o serviço fica, filha”. Eu até brinquei com ela essa semana, falei “é a primeira patroa minha que gosta de mim, não do meu serviço né?”... aí ela falou “porque alguém não gostou de você?”... eu falei “não, porque patroa não gosta da gente, gosta do serviço” (risos). Se você morrer, morreu. Aí ela falou “não mas sem você eu não vivo”, falou desse jeito pra mim. Falei, “então já que é assim, eu vou né, fazer o que?”. Ela falou “é claro que você tem que se tratar”, ela já tinha até falado assim “L., se não descobrir, eu vou pagar, vou te levar em algum lugar, pra modo de ver o que é”, porque ela falava pra mim que era reumatismo né, ela falava, então ela falou “vamos atrás de um médico pra ver o que é”.” (cliente 30)

O apoio percebido aqui, reflete relações compreensivas no ambiente de trabalho, o que não acontece na maioria das verbalizações sobre esse tema. Os relatos a seguir dão idéia de algumas dificuldades vivenciadas pelas clientes nesse ambiente. A dúvida com relação à dor, pelo fato deste não ser um fenômeno observado, é percebido e relatado pelas clientes. A diminuição da capacidade funcional é uma das principais consequências da fibromialgia, pois tem implicações sociais, laborais e também familiares (MARTINEZ; PANOSSIAN; GAVIOLI, 2006).

“É uns apóiam outros não. Porque acho que o que mais machuca a gente assim, que não ajuda a gente, é a parte da chefia, né... que às vezes você vai “ah, eu preciso ir no médico”, “você tem médico de novo?”. Parece que tá assim, duvidando da minha dor.” (cliente 5)

“Ah, patrão não liga. O serviço tem que sair. Eles não ligam não. Pra eles, eles não ligam não, tem serviço, tem que trabalhar, o serviço tem que sair... pra eles não interessa se você tá com dor ou não, o problema é teu.” (cliente 8)

Nos estudo realizado por Costa et al. (2005) com clientes fibromiálgicas, o índice de perda recente de emprego e desemprego das clientes avaliadas somam 35,9% da amostra. Esses dados confirmam as consequências negativas da dor crônica na capacidade laboral das clientes, e um índice considerável de perda do emprego em decorrência disso, o que afeta o cliente e em última instância a família devido à queda do rendimento familiar total.

4.1.3 Doença

4.1.3.1 Percepção das causas e/ou influências

As verbalizações das clientes selecionadas para a composição dessa unidade temática, trazem percepções relacionadas tanto com causas físicas (26 ocorrências), quanto com causas emocionais (38 ocorrências), tendo ainda uma ocorrência de cliente que refere não perceber as causas ou influências sobre o desencadeamento ou piora da dor. Nota-se que as causas emocionais aparecem em maior número na identificação realizada pelas clientes. Com relação às causas físicas, o excesso de trabalho é citado sempre como causa.

“Excesso, excesso de trabalho.” (cliente 12)

“Olha, por exemplo, lá onde eu trabalho, a casa é muito grande, tem um quintal imenso, quando vou fazer uma faxina mais... limpar janela, né, uma faxina mais assim, de lavar quintal... normalmente eu não tenho paciência de ir lavando de mangueira, eu lavo de balde, então quando faz algum esforço maior assim, complica.” (cliente 15)

Arnold et al. (2004) em estudo realizado para identificar a influência hereditária na fibromialgia apontam dados consistentes da influência de causas físicas determinadas principalmente por alterações no nível de serotonina e de norepinefrina.

No que tange ao aspecto emocional, o sofrimento vivenciado ao longo da vida e o nervosismo são apontados como causas pelas clientes. Na maioria dos casos, o nervosismo é citado como principal influência, tanto no desencadear, quanto aumentar o nível de dor percebido. Esses resultados concordam com o que é relatado por Hasset et al. (2000) em sua descrição das características psicológicas evidenciadas e clientes fibromiálgicas. Esse estudo relaciona a influência de pensamentos catastróficos, ou seja, pessimistas na dor e na depressão de clientes fibromiálgicas e mostra que é característico, nesse caso, um número maior de eventos estressantes e maior evidência de eventos traumáticos na infância. Além disso, existem dados que demonstram essa relação em estudos psicofísicos (GRACELY; GRANT; GIESECKE, 2003).

“Acho que tudo né. Acho que, o que a gente passou lá atrás, tudo. Sei lá assim... é o sofrimento que a gente passou lá atrás que tá acarretando agora essa doença. Que tá apresentando no meu corpo agora. Porque eu acho assim... eu sofri muito lá atrás, demais. Eu sofri com meu marido, que era alcoólico né. Ele era alcoólico, batia em mim, destruía a casa...Então, cada vez que ele chegava eu ficava naquele trauma, eu tremia, eu ficava escondendo, escondia até debaixo da cama.” (cliente 17)

“Nervoso. Na hora que eu começo a ficar nervosa eu já percebi. Porque assim... eu sou muito nervosa, muito ansiosa, sabe... tem dia...” (cliente 19)

4.1.3.2 Recursos utilizados

O número de ocorrências de recursos utilizados pelas clientes totalizou 140, o que denota que as clientes utilizam recursos de várias naturezas para tentar aliviar e manejar a própria dor, e que os utilizam de forma concomitante. Os recursos utilizados foram subdivididos em: pessoais (52 ocorrências), medicamentosos (43 ocorrências), religiosos (20 ocorrências), sociais (14 ocorrências) e familiares (11 ocorrências).

Os recursos pessoais e medicamentosos são os que obtiveram maior número de ocorrências, sendo perceptivelmente até mesmo mais de um por cliente entrevistada. Isso condiz com os dados discutidos com relação ao apoio, em que 17 clientes referiram não ter apoio familiar e 12 clientes, falta de apoio no trabalho. Obviamente os recursos mais próximos são os encontrados pela própria cliente, bem como os que estão a sua disposição, por meio dos medicamentos, para o manejo da dor. Reforça-se, aqui, a importância de um envolvimento maior por parte da família nesse contexto, pensando até na possibilidade de orientação mais adequada, esclarecimentos com relação à problemática enfrentada pela cliente, principalmente com relação às famílias que, além de não as apoiarem, criticam suas limitações, o que foi encontrado em vários relatos e fica melhor evidenciado na unidade temática referente aos sentimentos na relação familiar. O profissional da saúde, poderia ter um papel de esclarecedor dessa realidade para os demais membros familiares, alertando sobre os possíveis cuidados que podem ser prestados nessa relação (ANGERAMI, 1998). Ainda com relação a essa questão, salta aos olhos, novamente, a necessidade de um manejo adequado da dor, a importância de um diagnóstico correto para a administração de drogas eficazes, o que chama novamente à responsabilidade os profissionais de saúde.

Para ilustrar a forma como as clientes buscam recursos pessoais e medicamentosos, são exibidos, como exemplos, os relatos a seguir. Os dois primeiros mostram a busca por um apoio pessoal, algo que possa distrair, motivar e ajudar na modulação da dor. Gracely; Grant; Giesecke (2003) discutem esse ponto com base na teoria de modulação da dor, na qual entende-se que o cérebro tem estruturas responsáveis pela excitação e pela inibição da sensação dolorosa, as diferenças entre a dor evocada e a dor clínica em clientes fibromiálgicas, apontando uma dificuldade dessa modulação clínica em diversos estudos realizados. Para os autores é mais eficaz a tentativa de modulação da dor evocada do que da dor clínica, sendo que esse fato não foi esclarecido pelos estudos realizados. Isso denota uma dificuldade do controle da dor clínica das pacientes, mesmo utilizando-se de vários recursos.

“Atividade física, não ficar pensando na dor, não comentar sobre a dor, porque a dor é assim, quanto mais você fala, mais ela dói. (risos) Mas é, é igual dor de dente, quanto mais fala, mais ela vai doer mesmo, então tem que esquecer ela, esquecer o problema. Você só tem que pensar que você está bem, que você está linda, que você não tem problema nenhum. Tem gente que fala “eu não olho no espelho”... eu já sou ao contrário, eu olho todo dia no espelho, “ai, hoje eu tô mais bonita, olha, hoje eu tô melhor”... assim. Eu levo a vida assim.” (cliente 7)

“Foi. Eu leio, eu pego dois livros pra quinze dias. Quer dizer que eu leio umas seiscentas, setecentas páginas em quinze dias.” (cliente 8)

Rode; Salkovskis; Jack (2001) realizaram um estudo sobre a influência da atenção na percepção de intensidade de dor crônica, e encontraram que o foco de atenção é um condição importante no alívio da dor. Como referido pela cliente no relato anterior, usar de recursos que promovam a distração, pois a mudança no foco de atenção é um meio eficaz de manejo da dor.

Os dois próximos relatos tratam da busca pelo manejo da dor por meio do uso de medicamentos.

“Olha, eu geralmente, quando eu percebo que a coisa começa a pegar eu começo a tomar tudo o que tiver em casa que você sabe que é pra dor, pra ver se ajuda, né. É desde diclofenaco, anador e vai tomando... Tudo o que te passa pela cabeça, pra ver se melhora. Não tem muito o que se fazer.” (cliente 15)

“Aí eu fico à base de remédio do mesmo jeito. Tem dias que eu tenho que tomar quatro, cinco remédios pra ver se eu agüento alguma coisa, né, senão eu não agüento. Porque essa mão aqui é dormente, né.” (cliente 21)

Os recursos religiosos são os que aparecem em terceiro lugar em número de ocorrências. Todas as clientes entrevistadas disseram ser participantes de alguma entidade religiosa, dados que condizem com o percebido nessa unidade. Estes também surgem como recursos importantes expressos, independentemente da religião referida, sendo que são reconhecidamente, de acordo com a literatura, recursos bastante presentes no caso de doenças crônicas, e permitem que os clientes possam encontrar uma nova maneira de justificar a dor sentida, como mantenedor do enfrentamento (CASARINI, 2005)

“Olha, eu, graças à Deus, temo muito a Deus né, eu me sinto bem, porque, ó, tem muita gente com problemas piores, tem muita gente que tá aí nos cantos, na fila... moribundo, com parafuso na perna, na cadeira de rodas, na cama. Então eu encaro meu problema como assim... sendo tranqüilo, pensando nisso... que eu tenho só isso.”(cliente 5)

(...) “Aí eu peço pra Deus não deixar eu desanimar. (riso). Todo dia eu passo na igreja e peço pra Deus não deixar eu desanimar. Porque devido a essas coisas, essas ‘doraiadas’, tem horas que você desanima. É porque, se você botar na cabeça, você

não sai nem pra trabalhar, você fica numa cama, você desanima de viver, porque a dor é muito, muito chata.”(cliente 8)

Entre os tipos de recursos encontrados pelas clientes, para manejo da dor, estão os sociais (14 ocorrências) e os familiares (11 ocorrências).

Os recursos sociais referem-se a atividades que as clientes buscam nos grupos sociais que freqüentam, ou recursos disponibilizados pelo bairro, ou local que habitam. A busca de suporte social favorece a manutenção da auto-estima, estabelecendo um sentimento de controle da situação, reinterpretando a situação estressante. É uma fonte importante para os recursos psicológicos que contribui, em última instância, para evitar o desânimo (CASARINI, 2005). Isso aparece de forma muito presente no relato das clientes, essa condição propiciada pelo apoio social encontrado, o que, nesse caso, independe dos recursos familiares. Os relatos expostos, aqui, falam de clientes que buscam essas atividades sociais por conta própria, sem necessariamente o apoio de um membro familiar.

“Ah, eu vou assim... no poliesportivo que tem perto da minha casa... eu sempre vou no poli de domingo à tarde, dou umas voltas lá com os meus netinhos. Eu tô sempre lá na garagem... quer coisa mais gostosa do que você fazer um cafezinho, uma pipoquinha e sentar com um vizinho ou um conhecido pra tomar um café, comer uma pipoquinha ou um bolinho... aquela coisa?(...)”(cliente 11)

“Tem sim, tem os irmãos (da religião) que vai... se reúne, chama pra atividade, pra cursos, uma oração. Assim, ungir a gente pra tirar as dores, você entendeu? São atividades que eles procuram ajudar a gente nesses momentos de dor, de angústia, que eu fui procurar eles, eles me ajudaram no que pôde.(...)” (cliente 17)

Já com relação aos recursos familiares, os relatos são consonantes com o tipo de apoio familiar percebido, e quando questionados, surgem com relação à preocupação por parte destes com a cliente, quanto ao auxílio nas atividades domésticas e ainda na busca de recursos

alternativos para auxiliar o manejo da dor. Contudo, como já referido, o apoio familiar é expresso por menos da metade das clientes entrevistadas.

“Nossa, os meus filhos, meus amigos, graças a Deus, eles se preocupam muito comigo, sabe... eu chego em casa, eles já fizeram o serviço pra mim não fazer, entendeu, procura me deixar assim, deitada né, pra relaxar.” (cliente 8)

“Às vezes, por exemplo, quando eu tô ruim, ela (filha) tenta fazer massagem com aqueles olinhos, aquelas coisas assim... que você sabe que não vai adiantar nada, mas, mesmo assim, a gente tenta né. A gente tenta fazer o que vem na cabeça.” (cliente 15)

4.1.3.3 Possibilidade de utilizar recursos próprios

Aqui existem vários tipos de relatos indicando que as clientes percebem de forma muito diferente sua responsabilidade com relação à tentativa de buscar novas estratégias para controlar ou modular a dor. Foram computados 22 relatos referentes à possibilidade de buscar recursos próprios, ou seja, estratégias que dependem, exclusivamente, da forma como a cliente lida com a própria dor e 11 relatos referentes à impossibilidade ou falta de estratégias para isso.

As clientes que referem essa busca interna expõem relatos referentes tanto a um controle físico, como também emocional. Esse é um dado interessante porque mostra a percepção que a cliente tem de si mesma, de sua capacidade de controle da situação e de suas motivações em busca de melhora de modulação da própria dor, o que é coerente com a teoria da comporta de Melzack e Wall (1965).

“Que eu posso fazer? Não sei, agora eu vou fazer exercícios físicos, né, que ela (médica) pediu pra fazer... agora eu vou fazer mesmo. Ah, é aquilo que eu te falei, eu tô

procurando controlar, trabalhar a dor, aprender a conviver com ela. Rir, se tiver que rir vou rir, se tiver que fazer alguma coisa, mesmo com dor. É assim que eu tô fazendo ultimamente.” (cliente 20)

“Hum, agora acho que existe eu controlar, né. Controlar eu mesma e pensar que existe, e acreditar que é isso mesmo, e fazer o que o médico pediu pra ver o que vai dar.” (cliente 23)

As que relatam não terem encontrado ainda tais recursos, descrevem essa situação como momentânea, dando indícios de que estão em busca de encontrá-los, o que é positivo pelo fato de haver essa possibilidade, o que abre portas para a aceitação de intervenções que possam estimular essa capacidade. Uma postura adequada por parte de um terapeuta pode facilitar o encontro do cliente com seus recursos internos, estimulando-o a desenvolver todas as possibilidades de seu existir. Assim, intervenções adequadas aqui propiciariam um clima facilitador para a busca de novas opções no manejo da dor, fortalecidos por uma busca menos dependente do contexto social ou familiar em que estas clientes estão envolvidas, já que como visto, na amostra estudada, esses recursos encontram-se restritos à percepção das clientes. (MEADOR; ROGERS, 1979).

“Pra melhorar mais, no momento, eu ainda não encontrei (recursos próprios). Não encontrei ainda não, mas não vou deixar de procurar não, vou estar sempre.” (cliente 6)

“Então eu acho que eu, no momento, não posso fazer nada pra que melhore. Só seguir as orientações médicas.” (cliente 15)

4.1.4 Sentimentos

Essa unidade temática relaciona os sentimentos referidos pelas clientes com relação a diversos aspectos que se encontram subdivididos para uma melhor visualização.

4.1.4.1 Percepção/ identificação de sentimentos

Vinte e uma clientes foram capazes de identificar sentimentos relacionados com a percepção da dor. Foi percebida, em muitos casos, uma franca dificuldade nessa identificação, tendo sido necessários vários questionamentos para que a cliente pudesse identificar. Em muitos casos, a questão referente a essa unidade, teve que ser repetida duas ou três vezes para obter-se uma resposta que refletisse de fato um sentimento abstrato. Isso pode estar relacionado a uma dificuldade de falar sobre os próprios sentimentos, ou até mesmo, dificuldades para identificá-los. Essa suposição é reforçada pelo fato de que mesmo com a insistência da entrevistadora sobre esse aspecto, 9 clientes não conseguiram identificar e explicitar seus sentimentos. Das 21 que responderam ao questionamento, encontram-se alguns exemplos em que se pode observar a carga emocional a que se referem.

*“Péssima. Eu queria ter...eu queria ter ânimo, entendeu? O ânimo, porque tudo isso me deixa desanimada. Eu queria poder fazer algo pra não me sentir assim.”
(cliente 8)*

“Nossa, é só raiva e ódio. Só raiva e ódio. Eu tenho vontade de pôr fogo em tudo, acabar com o mundo, com a minha vida, nossa! Só penso isso só. Sempre pensei, que eu te falei pra você que eu tentei até suicidar né. Eu penso isso.”(cliente 17)

Os dados explicitados aqui, condizem com os encontrados na literatura que reportam a sentimentos de menos valia, baixa auto-estima e pessimismo (HASSETT et al., 2000; STURG-JACOBS, 2002; BERBER; KUPEK; BERBER, 2005)

4.1.4.2 Relação entre causas emocionais e sentimentos

O questionamento que estruturou essa unidade temática referia-se à forma como a cliente percebia seus sentimentos quando alguém de seu convívio falava sobre a possibilidade das dores sentidas estarem relacionadas com problemas emocionais. Essa investigação surgiu na tentativa de avaliar se, culturalmente, a fibromialgia encontra-se, como no passado, associada, exclusivamente, a uma questão psíquica, de base emocional (QUINTNER et al., 2003). Vinte e uma clientes identificaram seus sentimentos com relação a essa questão, criticando a postura das pessoas com quem convivem.

“Ah... eu sinto que tá duvidando de mim, duvidando das minhas dores. Porque eu acho que ninguém fala uma coisa dessas que não tá sentindo. Tá certo que tem coisas da cabeça mesmo, mas tem coisas que não é.”(cliente 5)

Em um outro relato, a cliente revela que, embora reconheça as causas emocionais ligadas ao desencadeamento e piora da dor, critica também a visão de que são exclusivamente os problemas emocionais que causam a dor.

“ Não assim, se falar pra mim que é coisa da minha cabeça que eu que fico sentindo, aí eu fico p da vida né. Não, não é. Porque se fosse, quando dava vontade de sair, ir pra um barzinho, eu iria sarar. Não ia ficar sentindo dor. Ia estar sentindo dor pra trabalhar só, pra sair não. Então eu sinto... agora, quando alguém fala “ah, isso é porque você é muito nervosa”, eu aceito, porque eu sei que eu sou muito nervosa, eu assumo que eu sou, entendeu? Então eu já sou ciente disso que eu sou bem irritada.”(cliente 19)

Em outras três ocorrências observadas, as clientes diziam não perceber essa relação com causas emocionais.

(...) “Entendeu, então às vezes é por isso que eu não entendo porque que eu passo por uns períodos assim. Porque eu não tenho motivo pra, às vezes, estar triste, ou pra

achar que...eu não sei como eu vou te explicar...eu não tenho motivo, meus filhos não são doentes, eu não tenho um problema grave dentro da minha casa. Quer dizer, eu não tenho motivo não pra essas coisas.” (cliente 20)

4.1.4.3 Na relação familiar

Foram identificados 24 relatos de sentimentos com relação à família, com uma grande variedade de identificações, principalmente relacionadas ao apoio recebido. Assim, tanto sentimentos de apego, como os referentes a dificuldades na relação foram referidos.

“Com certeza. Tenho (apoio). Minhas meninas são assim uns ouros, uns doce de coco. E aí meu marido é igual às duas. Falei que se eu tivesse que casar dez vezes eu queria casar com ele. Porque nossa, que atenção.” (cliente 4)

“Falam que eu tô inventando. “Você tá inventando, tá manhosa, isso é mentira. Você não quer trabalhar nada”. Esse outro aí chama eu de inútil (aponta para o filho que está aguardando-a). Todo mundo me xinga.”(cliente 26)

Outro ponto relevante é relativo aos sentimentos de preocupação da cliente com a família, devido às limitações físicas impostas que mudaram a rotina, e a capacidade de trabalho desta.

“É, a minha preocupação é essa... eu vejo só meu marido, tenho uma filha moça que trabalha também, mas tenho o meu marido que trabalha, eu fico com dó. Até hoje ele queria ter uma carro, a gente tinha, mas teve que vender pra gente conseguir ter uma casa. Agora a gente tá morando numa casa que é da gente, mas tá terminando de pagar o terreno, aí a gente quer... eu quero ajudar. Quando eu fico sentindo essas dores eu fico mais péssima ainda porque eu quero ajudar e não posso... ainda com criança (referindo-se aos filhos) .” (cliente 18)

A apresentação de sentimentos na relação familiar é a expressão da forma como a família é percebida pelas clientes avaliadas e reflete um estado da relação familiar onde a normalização com relação à doença ainda não aconteceu nas famílias em que o apoio é escasso, não oferecendo condições para que tanto os familiares quanto os clientes busquem estratégias de enfrentamento para o problema.

4.1.4.4 Na relação conjugal

Vinte e oito ocorrências integraram essa unidade e o apoio familiar novamente prediz alguns conteúdos, visto que a relação conjugal também integra os sentimentos presentes das clientes com relação a seus respectivos parceiros. Assim, conteúdos que refletem tanto o apoio embasado nessa dinâmica quanto a falta dele, surgem caracterizando o tipo de relação existente. Das clientes que referem apoio familiar, seguem-se os relatos sobre a identificação de sentimentos na relação conjugal.

“Nossa, ele é super bacana. Ele é maravilhoso. Por exemplo, igual quando eu te falei, ele acha assim que eu faço muita coisa que eu podia, eu tinha que deixar de fazer. Você entendeu? Igual, muita limpeza, muita coisa ele acha que podia deixar de fazer.”
(cliente 11)

(...) “Até já falei pro A., outro dia até a gente tava conversando falei pra ele ‘A., você acha que é certo você ficar perto de mim? Não é mais fácil você arrumar uma pessoa que tenha mais saúde, que sei lá, que você possa ter uma vida...seguir sua vida?’ Eu, minha tendência... eu acho que é piorar, então...” (cliente 13)

Percebe-se, pelos relatos que os parceiros das clientes em questão, apresentam um envolvimento afetivo que denota compreensão da problemática e das dificuldades das

clientes. Percebe-se a expressão de sentimentos positivos com relação ao parceiro indicando a cumplicidade do casal. No segundo exemplo, percebe-se ainda a preocupação da cliente com a relação conjugal diante de uma possibilidade de piora progressiva e uma visualização de futuro na qual o parceiro possa não estar satisfeito pelas limitações que a doença pode gerar.

De outro lado, temos as clientes que referem a falta de apoio e a forma como os parceiros reagem. A expressão de sentimentos, aqui, fica ainda mais clara, com relatos de tristeza, nervosismo e chateação diante dessa percepção da relação.

“Tem pessoas que falam, às vezes, que é manha. Manha. Às vezes meu marido mesmo fala pra mim ‘mas vá, sô, isso aí é manha’ . Então a gente fica chateada, né. Porque é muito triste, eu falo pra ele, ‘ você sabe que eu não tenho preguiça. Se eu não fiz tal coisa é porque eu não tô boa’ ”. (cliente 10)

“Não... é ele (marido) mesmo que fala. ‘Você toma muito remédio, não tem precisão de tomar isso, você já viciou de tomar remédio, isso é coisa da tua cabeça. Vai andar, vai se distrair que isso aí passa’ . É assim que ele fala. Eu fico nervosa, eu falo pra ele ‘como que eu vou querer tomar remédio se eu não gosto, chega até doer meu estômago, porque tomo remédio em jejum. Dói meu estômago de tomar os remédios, você acha que eu iria tomar porque eu gosto’ . Então eu fico chateada com ele por isso. Ele vive tacando na minha cara ‘essa remedieira’. A hora que ele ver que eu tô indo com outra receita ele vai falar ‘mais remédio? Chega o que você já tem’ ”. (cliente 27)

4.1.4.5 Luto

Sentimentos envolvendo luto por familiares próximos estiveram presentes em 8 ocorrências. Em algumas delas, o tempo entre a perda do ente querido e o desencadeamento da doença foi curto, questão de meses. Em outras, apesar do passar dos anos, as clientes referiram uma presença muito forte de lembranças e sentimentos com relação à perda, referindo saudades, falta da convivência e influência disso no estado emocional.

“Mas de ano em ano eu vou. Eu já perdi minha mãe, que agora não me dá tanta alegria de ir, (à cidade da mãe) mas de ano em ano eu vou (voz chorosa). E ela ficou dez anos doente, ela teve mal de Alzheimer, que é muito difícil.” (cliente 11)

“Assim, todos. Mas eu sinto mais mesmo, o que eu sinto mais de todos eles é a morte do meu irmão. Que eu perdi ele, foi assassinado em São Paulo. A gente sente muito a falta dele. E eu perdi minha mãe com dois anos... então, quando aquilo vem, eu tenho que ouvir alguma coisa pra tirar isso da minha cabeça.” (cliente 14)

Dados condizentes com esses relatos foram encontrados no estudo de Taylor; Trotter; Csuka (1995) que ao avaliarem a prevalência de algumas situações estressoras em clientes fibromiálgicas, encontraram dados referentes a ocorrências de casos de perda de entes queridos fazendo parte do desencadeamento das crises álgicas. Neste estudo, entretanto, não houve uma relação direta entre a perda do ente querido como causa da fibromialgia na percepção das clientes, mas, tal tema, não deixou de fazer parte dos relatos, mesmo não tendo sido diretamente questionados.

4.1.5 Pensamentos

Os pensamentos, idéias e entendimentos das clientes foram categorizados e subdivididos priorizando-se os relatos que se relacionam com a forma pela qual percebem, racionalmente, os aspectos referidos.

4.1.5.1 Em relação ao futuro

A forma como as clientes pensam no futuro, diz respeito, principalmente, a como acham que será a convivência com a dor, a possibilidade de piora e, com isso, o aumento das limitações. São projeções de possibilidades com base no que percebem do estado atual e de conseqüências já impostas pela dor, expressos em 24 ocorrências. O relato, a seguir, expressa de forma clara essas questões.

“Ah, sei lá, eu acho que tem horas que desanima, puxa tem horas que você fala, né... eu sei que vou ter que conviver com isso pra sempre, que não vai sarar. E aí? Eu já tive que deixar o serviço que eu gostava de fazer, porque não tive condições de fazer mais. Até foi o que eu falei pra minha filha esses dias, daqui a pouco não vou mais agüentar fazer o que estou fazendo que é trabalhar de empregada doméstica. E aí? Até onde vai? É isso que eu fico pensando, o que vai ser? Vai continuar piorando?”
(cliente 15)

A obscuridade com relação às conseqüências da doença e o caráter crônico desta, surgem aqui dando a idéia de que pode acontecer uma melhora satisfatória, mas também podem surgir conseqüências e limitações que piores o estado geral da cliente, impedindo-a de cada vez mais de exercer suas funções (BERBER; KUPEK; BERBER, 2005). A variabilidade dos níveis de dor tem papel importante na contribuição para essa perspectiva, fazendo com que a cliente perceba a dor de forma alternada em períodos de melhora e de piora, dando margem para idéias de agravamento e/ou melhora. Como já discutido anteriormente, existem dúvidas das clientes ainda não esclarecidas com relação à patologia, o que reforça, ainda mais, idéias fantasiosas sobre danos permanentes e aumento das limitações físicas.

4.1.5.2 Em relação às necessidades

A percepção das necessidades das clientes gerou pensamentos relativos a estas em 27 ocorrências, que trazem a expressão do quanto a compreensão e entendimento das pessoas com quem convivem se faz importante para essas clientes. Esse fato condiz com falta de apoio percebido pelas mesmas no ambiente familiar e de trabalho. Além disso, relatos referentes a necessidades financeiras foram obtidos, o que está relacionado ao nível econômico das clientes que freqüentam o Sistema Único de Saúde.

“Ah, acho que na minha casa é falta de amor, né. Acho que meu marido é muito...ah, sei lá eu, acho que ele vê que eu tô precisando de médico... ele (marido) ao invés de me ajudar, acho que ele se afasta de mim, sabe, e não conversa comigo muito, só conversa o necessário comigo. Não sei se eu tô te respondendo certo.”(cliente 3)

“Ah, olha... eu gostaria que eles entendessem eu. A minha dor. E não falasse assim, que é uma, né que é, como diz assim...que é uma moleza minha, que dizem ‘ah vá, você é mole’ sabe? Eu gostaria assim, que eles entendessem. Isso aí era a minha necessidade, entendeu? E...sei lá.” (cliente 10)

Fica claro, novamente, o quanto é importante a postura dos familiares envolvidos nessa relação direta com essas clientes que têm as limitações impostas pela doença. Todas as vezes em que foi questionado, durante a entrevista, algo relacionado à família, ou ao apoio (sentimentos, pensamentos, relacionamentos, etc.), evidencia-se que esse é um conteúdo que necessita ser trabalhado, possibilitando a adaptação da família e da cliente frente aos sinais e/ou sintomas da doença. Wolfe e Michaud (2003) discutem, ainda, o que frequentemente se percebe na clínica com clientes fibromiálgicos: o recebimento do diagnóstico representa uma predição de que todo o tempo esses clientes irão apresentar os sinais e/ou sintomas da fibromialgia, dando a sensação de desamparo, o que suscita a necessidade de satisfação de suas necessidades.

4.1.5.3 Em relação ao tratamento

Apenas 5 ocorrências de expressão pensamentos em relação ao tratamento foram identificadas nas entrevistas. Essa temática possibilita uma visualização de como as clientes entendem o tratamento, o que pensam sobre ele, dificuldades encontradas, ou seja, conteúdos que dizem respeito, em última instância, à motivação para adesão ao mesmo. Das cinco clientes que fizeram referência a essa temática, todas acreditavam que o tratamento pudesse ser efetivo, contanto que seguissem as orientações médicas. Um ponto crucial trazido foi a dificuldade financeira que atrapalha a adesão completa. O fato de, nesse momento, conhecerem a doença e o tratamento, é tido como ponto positivo, que estimula a busca da realização das recomendações feitas. Como visto anteriormente, 18 das 22 ocorrências sobre a percepção da equipe foram positivas, o que converge com os relatos sobre o tratamento.

“No geral, eu acho que...procurando agora que sei como me tratar, melhorou. Porque antes tava bem pior. Agora, assim, com o tratamento, tá melhor. Eu acho que se não tivesse tratamento, sei lá, eu acho que eu era uma pessoa bem amarga assim...sei lá...mais ou menos assim. E agora, a gente sabendo que tem tratamento, que a gente tem um problema, a gente procura melhorar.” (cliente 1)

Uma questão discutida na literatura chama a atenção para a manutenção da crença da cliente fibromiálgica com relação ao tratamento. Os autores discutem que respostas não condizentes ao tratamento medicamentoso são comuns, o que em certo sentido pode abalar a confiança das clientes no tratamento ou na equipe de saúde. São necessários assim, a associação de recursos terapêuticos para uma resposta que, se não mais efetiva, consiga fazer com que outras possibilidades possam ser encontradas em conjunto numa relação das clientes com a equipe de saúde como um todo (HARRIS et al., 2005; FITZCHARLES, ALMAHREZI, SHIR, 2005).

“ É que nem esse trabalho que você tá fazendo, né... seria assim, avaliação, ajuda, a conversa, é isso. Teria que ser mais vezes né, não só uma vez. Teria que ser assim do meu ponto de vista.” (cliente 2)

Nesse segundo relato, a cliente entrevistada faz uma referência à importância do trabalho do psicólogo como integrante da equipe e assistência. Almeida (2000) discute a importância dessa relação e da preparação, inclusive, do profissional de saúde para esse tipo de trabalho que envolve uma formação específica que possa dar conta dos aspectos clínicos, sociais e econômicos que envolvem o sistema de saúde, possibilitando um atendimento adequado que permita uma interação entre os membros da equipe em função da melhora no atendimento ao cliente.

4.1.5.4 Idéias de perfeccionismo e/ou persistência

Vinte e uma ocorrências mostram uma maneira peculiar que as clientes têm no enfrentamento da dor, marcadas por idéias de perfeccionismo na realização das atividades que desempenham em relação ao trabalho, seja ele doméstico ou remunerado. Mesmo com a presença da dor, das limitações físicas impostas por essas, as clientes referem não abandonar as idéias com relação à necessidade de limpeza, de organização, dos trabalhos realizados de forma que julgam correta e adequada, resistindo à dor para alcançar a perfeição de seu desempenho. Nos relatos a seguir, é possível perceber a proporção que isso toma e de que forma também afeta as clientes, chegando a ser um fator desencadeante da crise algica.

“(...) Eles acham que eu exagero, que muita coisa eu posso deixar, como trocar roupa de cama duas vezes por semana, eles acham que não há necessidade e eu gosto de trocar. Então eles acham que eu procuro serviço ‘pra que que vai trocar, pra que vai lavar esse tanto de roupa de novo?’. Mas eu me sinto bem entrando num quarto e o

ambiente estar todo limpo, todo organizado, entendeu? Então é esse o meu problema, eu não deixo nada pra amanhã o que eu posso fazer hoje.” (cliente 11)

“Eu sou muito ansiosa, eu gosto de ver tudo muito certinho, tudo ali em cima. Tudo tem que ser certinho, então muitas vezes isso me estressa. Entendeu? Quero ser muito perfeita, quero que seja e então é ali que eu começo a acumular... Ai eu começo ficar mais nervosa ainda, começo a acumular serviço. Tem dia que eu começo a marcar tanto trabalho, eu percebo que eu começo a ficar nervosa e percebo que começam minhas dores. Então eu acho que tá tudo ali no nervoso.” (cliente 19)

O perfeccionismo é conhecidamente um traço característico em pessoas fibromiálgicas. Estudos realizados para determinar traços de personalidade nessas clientes encontraram achados consistentes nesse sentido (WEIDEBACH, 2002)

4.1.5.5 Em relação à doença em si

Esse último tópico relacionado aos pensamentos, traz algumas alusões sobre o que as clientes pensam sobre a doença em si, que tipos de pensamentos emergem quando pensam na doença e, conseqüentemente, na dor, o que foi evidenciado em 24 ocorrências. Segundo Arntz e Claasens (2004) a interpretação é essencial para se saber como as percepções das clientes com relação à doença são processadas, o que pode ser por si só capaz de influenciar a percepção da dor, sendo que essa interpretação determina fortemente como um estímulo é percebido e quais afetos são eliciados.

Pensamentos bastante diferenciados fazem parte da forma como a fibromialgia é vista e entendida pelas clientes, desde idéias de conformismo, o que se deve ao fato de ser uma doença crônica, até relatos de dificuldade de lidar com a ausência de sintomas aparentes e de resultados de exames laboratoriais que comprovem a existência da doença. Esses dois pontos

são mediados, ainda, por questões referentes ao enfrentamento. Nos exemplos ilustrativos, vemos dois relatos que mostram a forma como as clientes percebem essa questão.

“(...) e eu não enfrento essa dor como uma doença, eu enfrento como um problema, e eu acho assim: que um problema você tem que bater de frente e não deixar ele dominar você, mas você dominar ele. Eu acho que é assim.” (cliente 7)

“Ah, é difícil. Sabe porque? Se tivesse alguma coisa que te mostrasse o que que é essa fibromialgia, você já sabia ‘não é porque saiu no diagnóstico, eu tenho que ter’, você entendeu? Mas é uma coisa que não sai em lugar nenhum e é uma dor. Como que eu sinto as dores? Porque não sai, não dá pra entrar na cabeça da gente. Como que existe essa dor, essas doenças, essas coisas ruins que a gente sente no corpo? Pontada, agulhada.” (cliente 16)

4.1.6. Repercussões na qualidade de vida

Foram categorizados dados relativos às principais repercussões percebidas pelas clientes em sua qualidade de vida nos âmbitos familiar, pessoal, social/trabalho, e sexual. No estudo realizado por Berber; Kupek; Berber (2005), 70 clientes fibromiálgicas foram avaliadas com o questionário Medical Outcome Study Short-Form Health Survey (SF-36) e comparadas à população sadia. A amostra de clientes fibromiálgicas mostrou prejuízos na qualidade de vida, principalmente nas escalas de funcionalidade física, ausência de dor e de funcionalidade emocional. Esses dados revelam um amplo leque de repercussões, interferindo nos aspectos familiares e sexuais devido aos prejuízos na funcionalidade emocional, no aspecto pessoal, por causa da dor e seu conseqüente sofrimento, e nos aspectos social e de trabalho pela questão da não funcionalidade física. O impacto da dor na qualidade de vida de clientes fibromiálgicas é um tema amplamente discutido na literatura, tendo sido inclusive avaliado

em uma amostra de clientes de Ribeirão Preto e região em um estudo de Sarti et al. (2003), apontando essa repercussão.

4.1.6.1 Familiares

Foram somadas 16 ocorrências sobre as repercussões da síndrome nos familiares, o que diz respeito a mudanças na dinâmica familiar depois do surgimento da doença. Percebe-se que, em todo caso, as repercussões que foram relatadas são negativas, ou seja, em todos os casos a dor e demais sinais e/ou sintomas da fibromialgia afetaram a qualidade de vida da cliente com relação ao seu convívio familiar.

“Mas eu me sinto mal, mal mesmo. Principalmente quando eu tô com dor, aí sim, eu começo pensar um monte de bobeira na minha cabeça. Às vezes eu tô deitada lá, meus meninos vêm ‘mãe, o que você tá chorando?’, aí eu falo ‘nada, nada, a mãe tá chorando’. Aí eles querem saber porque eu tô chorando. Quando eu tô com muita dor, aí eu já começo pensar besteira, aí sim eu abro a boca de chorar. Porque aí eu acho que eu não vou andar mais, quer dizer eu não sei o que vai ser de mim.” (cliente 13)

“Faz... eu já tenho essa dor, quer ver, tô com 34, na safra de 2000 eu já sentia essa dor. Só que como a gente tem filho, não tem marido que ajuda, tenho uma filha mãe solteira, solteira, não divorciada, meu marido foi operado aqui do coração, trocou a válvula mitral . Então é... sou só eu pra manter a casa você entendeu? Então você vai indo, você tá com aquela dorzinha... você vai levando. Então isso vem de 2000, eu comecei a tratar a coluna em 2000. Aí passa 15 dias, o patrão não quer pagar porque não sei o que... aí vira aquela coisa. Então quando você precisa de dinheiro pra tratar dos seus filhos você acaba, né, se matando pra poder dar o que comer pra eles.” (cliente 16)

Os impactos percebidos pelas clientes acabam sendo refletidos nas relações familiares promovendo a desestabilização destas (BERBER; KUPEK; BERBER, 2005). Como consequência, há uma restrição do contato com essas pessoas, interferência nos hábitos e rotinas, exigindo grande esforço por parte destas para a adaptação à nova realidade. Para essa amostra, como já visto, existem dificuldades na relação familiar e falta de apoio em muitos casos, o que suscita uma reflexão sobre a que nível pode chegar a dificuldade de se restabelecer a relação familiar e permitir que a unidade familiar, como um todo, desenvolva estratégias para lidar com a doença.

4.1.6.2 Pessoais

Aqui, estão explicitadas as consequências na qualidade de vida em nível pessoal identificadas pelas clientes. Surgem repercussões acerca da dependência gerada pelas limitações, mudanças no estado de humor, dentre outros. O maior índice de ocorrências relativas as repercussões foram nessa unidade, somando 38.

“Foi, depois das dores. Depois que começou me dar as dores, essas dores que eu sentia, aí que eu comecei a ficar mais... mais triste, sabe, uma tristeza assim... sei lá.”(cliente 10)

“(...) Porque eu sempre trabalhei, sabe? Então isso pra mim é difícil. Ficar em casa, depender dos outros pra mim é a morte. Eu, depender de alguém, pra mim é a morte.” (cliente 16)

Fica clara aqui a relação que acaba sendo estabelecida entre as unidades temáticas dessa categoria de análise, principalmente com relação às repercussões pessoais. A percepção da repercussão pessoal torna-se uma visão integrada de como a cliente apreende o impacto da doença em vários aspectos e sintetiza essa percepção ao falar de si, de sua percepção de si

mesma. Percebem-se conteúdos pessoais, mas que estão relacionados ao trabalho, à família, como num ciclo onde um aspecto afeta outro. Giesecke et al. (2003) apontam, em seu estudo, características encontradas em clientes fibromiálgicas uma correlação entre dor e presença de fatores de humor e cognitivos. Assim, percebe-se que esses aspectos estão fortemente ligados a clientes avaliadas em hospitais de nível terciário.

4.1.6.3 Sociais/ Trabalho

Vinte e nove ocorrências foram identificadas nesse tópico e dizem respeito tanto às mudanças ocorridas pela perda do trabalho ou diminuição da produtividade neste, como também às repercussões no lazer, sendo possível observar-se sentimentos de menos valia nos relatos das clientes, condizentes com as características apontadas na literatura (HASSETT et al., 2000; ARAÚJO, 2006)

“Hum hum. Pra eu conseguir passar (roupa). A hora que eu vou pro ponto do circular eu vou mancando... eu fico assim, sabe, então não dá nem pra sair de dentro de casa... eu nem tenho ânimo, nem pra arrumar namorado.” (cliente 8)

“Era diferente porque eu saía mais, eu trabalhava, né. Eu trabalhava na firma, tinha meu ordenado, né, quer dizer que é outra coisa. Só que, infelizmente, eu quero trabalhar fora pra mim ter meu dinheirinho, mas eu não consigo. Não consigo porque a dor não deixa, né.” (cliente 10)

“Ah, sabe, eu queria ser uma pessoa normal. Então o que me faz sentir vergonha, às vezes, você vê é...se não reparar não vai ver que meus braços estão deformando, é...às vezes eu tô sentada, eu vou numa lanchonete ou comer fora, eu vou levantar... se eu ficar muito tempo sentada, aí eu já não agüento, eu tenho que levantar devagarzinho, como se fosse uma pessoa inútil. Tava até falando pro doutor... falei ‘doutor, tem horas que eu me sinto uma pessoa inútil, parece que...’”. (cliente 13)

Um estudo conduzido por Pagano et al. (2004) apresenta dados que reforçam essas referências das clientes avaliadas. O estudo foi realizado com 80 clientes que freqüentavam um hospital para realização do tratamento e onde foram obtidos dados referentes à ansiedade e à qualidade de vida. Segundo os autores, os sintomas causados pela fibromialgia, principalmente a fadiga e a dor, causam inabilidade de manter as atividades laborais o que reduz o rendimento familiar e, conseqüentemente, a qualidade de vida. No mesmo sentido, aumentam os níveis de ansiedade das clientes.

4.1.6.4 Sexuais

Quatro clientes fizeram referências a alterações no desempenho sexual como parte da piora na qualidade de vida, embora esse tema não tenha sido diretamente questionado.

“É. Uma coisa que eu vou te falar, que tem horas que eu não agüento nem ter relação, porque eu não agüento de dor nas pernas. Eu não agüento, né... então até nessas partes tá sendo difícil.” (cliente 13)

“Não tem nada. Tá péssima, não tenho nada. Nem, você veja bem, já faz dois anos, vai fazer dois anos que eu não tenho nada com o meu marido, você entendeu? Ele assim, nem ele, ele não dá conta por causa do tanto de remédio que ele toma, nem relação, essas coisas você entendeu? Então eu fico vegetando.” (cliente 17)

O surgimento de queixas sexuais nesse primeiro contato, sem questionamento direto e sendo uma entrevista única, chama atenção para o fato da dimensão do incômodo sentido pelas clientes com relação a essa temática.

4.2 Descritores de dor crônica

Com os dados obtidos na avaliação com os descritores de dor crônica, os cálculos da média aritmética e do desvio padrão foram realizados para determinar a ordem de atribuição que caracteriza mais e caracteriza menos a dor na fibromialgia para essa amostra de clientes. As tabelas seguintes mostram os descritores selecionados para essa caracterização em ordem de posição das médias aritméticas e desvios-padrão para cada um dos cinquenta descritores utilizados. A Tabela 3 apresenta dados relativos aos descritores de maior atribuição na caracterização da dor e a Tabela 4 apresenta os descritores de menor atribuição na caracterização da dor.

Tabela 3 - Descritores de maior atribuição na caracterização da dor crônica dos clientes avaliados

Ordem de Posição	Médias Aritméticas	Desvios-padrão	Descritores
1	5,6	0,72	Incômoda
2	5,53	1,28	Que espalha
3	5,5	0,82	Latejante
4	5,5	0,94	Desconfortável
5	5,5	1,14	Persistente
6	5,47	0,86	Perturbadora
7	5,47	1,15	Dolorosa
8	5,43	1,01	Desagradável
9	5,3	0,99	Chata
10	5,3	1,51	Angustiante
11	5,17	1,15	Forte
12	5,17	1,56	Aborrecível
13	5,13	1,57	Prejudicial
14	5,13	1,8	Desestimulante
15	5	1,53	Castigadora
16	4,93	1,2	Intensa
17	4,87	1,5	Torturante
18	4,83	1,8	Atormentadora
19	4,83	1,98	Deprimente
20	4,77	1,87	Danosa
21	4,73	1,46	Insuportável
22	4,73	1,98	Como choque
23	4,73	2,02	Desesperadora
24	4,7	1,74	Agressiva
25	4,7	1,91	Terrível

Tabela 4 - Descritores de menor atribuição na caracterização da dor crônica dos clientes avaliados

Ordem de Posição	Médias Aritméticas	Desvios-padrão	Descritores
1	3,2	2,54	Desgraçada
2	3,4	2,74	Demoníaca
3	3,7	2,48	Maldita
4	3,77	2,24	Aterrorizante
5	3,8	2,2	Assustadora
6	3,93	2,16	Desastrosa
7	3,97	2,48	Amedrontadora
8	4	2,39	Espalhada
9	4,1	1,9	Queimante
10	4,13	2,27	Destruidora
11	4,13	2,1	Monstruosa
12	4,2	2,16	Pavorosa
13	4,23	2,24	Devastadora
14	4,23	2,05	Esmagadora
15	4,27	2,27	Apavorante
16	4,3	1,6	Infernizante
17	4,33	2,39	Terrificante
18	4,33	2,09	Preocupante
19	4,33	1,86	Brutal
20	4,47	2,03	Sufocante
21	4,53	2,05	Impressionante
22	4,53	1,78	Excessiva
23	4,6	1,73	Cruel
24	4,6	1,45	Exagerada
25	4,63	1,5	Enjoada

Devido à amplitude do número de descritores utilizados na avaliação, foram selecionados para discussão os cinco descritores de maior atribuição e os cinco descritores de menor atribuição na caracterização da dor crônica percebida pelas clientes avaliadas. Essa opção surgiu com o intuito de fazer uma análise pormenorizada dos pontos extremos das atribuições, sendo estes mais alusivos à caracterização da fibromialgia propriamente dita. Os demais descritores empregados na avaliação fizeram parte de uma análise, onde foram estabelecidas relações entre os conteúdos analisados nas entrevistas e os descritores, quando essas considerações se fizerem necessárias.

Os descritores escolhidos pelas clientes de maior atribuição na caracterização da dor (Tabela 3) foram: incômoda, que espalha, latejante, desconfortável e persistente. Nestes cinco descritores, a média aritmética foi igual ou maior que 5,5 o que demonstra um alto nível de caracterização, considerando-se que a maior nota permitida pelo instrumento é 6. Os descritores “que espalha” e “persistente” estão relacionados com as características sensitivas da dor na fibromialgia, o que condiz com dados referidos na literatura médica, com inúmeros estudos evidenciando tais características. Os critérios de diagnóstico da doença, de acordo com o Colégio Americano de Reumatologia (ACR) trazem em seu bojo a questão da persistência da dor por no mínimo três meses e a sensibilidade em pelo menos 11 dos 18 pontos de gatilho espalhados pelo corpo.

Os descritores “incômoda”, “latejante” e “desconfortável” estão igualmente relacionados com o aspecto sensitivo da dor, embora não estejam diretamente ligados aos critérios diagnósticos. Sendo estes os cinco primeiros descritores utilizados pelas clientes na caracterização da dor, o aspecto sensitivo ganha destaque na percepção que essas clientes têm de sua própria dor. Esses dados têm uma relação confirmada na literatura tanto no que se refere à constituição cerebral, como também aspectos culturais envolvidos na percepção da dor. Giesecke et al. (2005) desenvolveram um estudo em que investigavam a relação entre a depressão, a dor clínica e a dor experimental, verificaram através de imagens cerebrais realizadas durante o estudo que a dor resultante da dígito-pressão nos tender-points ativa estruturas sensorial-discriminativas no cérebro. Esse fato isoladamente não suporta a justificativa de que a dor percebida pela cliente, quando esses pontos não estão sendo pressionados, seja predominante da dimensão sensorial-discriminativa. Contudo, existe ainda um aspecto cultural envolvido nessa questão.

Quintner et al. (2003), em sua reflexão sobre corpo e cultura, pontuam que os clientes de hoje têm um conhecimento maior das sensações físicas e centram suas descrições de sinais

e/ou sintomas nessa dimensão, o que é reforçado pelo encorajamento do médico nessa crença, especialmente quando este se sente pressionado pelo cliente que demanda uma cura. Para Araújo (2006), essa postura do profissional é fruto do modelo de educação que recebe no Brasil, onde são priorizadas teorias e práticas bastante centradas na especialização, limitando a percepção dos sinais e/ou sintomas ao domínio de cada especialista.

Esses estudos revelam uma centralização da caracterização da dor na fibromialgia apenas nos aspectos sensoriais-discriminativos, não extrapolando para uma caracterização mais completa e complexa do fenômeno. Vislumbra-se, assim, a necessidade de intervir nesse processo, auxiliando o cliente a extrapolar esse tipo de caracterização que é limitada.

Na Tabela 4, os descritores de menor atribuição na caracterização da dor foram: desgraçada, demoníaca, maldita, aterrorizante e assustadora. A análise aqui denota um forte componente religioso, no que diz respeito aos três primeiros descritores. O fato de todas as pacientes entrevistadas referirem ter participação em organizações religiosas surge como hipótese para justificar o motivo pelo qual justamente esses três descritores terem recebido menor atribuição, sendo a maior média aritmética atribuída aqui 3,7. Além disso, os religiosos surgiram como o terceiro grupo de recursos utilizados pelas clientes no manejo da própria dor. Esses cinco descritores estão relacionados ao aspecto afetivo-motivacional da dor, contrapondo-se ao grupo de descritores de maior atribuição.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como evidenciado na literatura e discutido neste trabalho, a fibromialgia é um fenômeno complexo, com sinais e sintomas bastante variados, repercussões significativas, com causas e influências não totalmente esclarecidas. Assim, os programas de manejo da dor direcionados a esses clientes devem corresponder as complexidades que envolvem essa doença, necessitando de uma atuação multiprofissional e suporte familiar e/ou social. Fez-se necessário que este manejo leve em consideração as particularidades de cada indivíduo e de cada grupo a ser acompanhado.

Para a eficácia do tratamento, a ênfase das intervenções deve estar pautada na tríade equipe de saúde – cliente – família. Inter-relacionar essas três unidades, abarcar o fenômeno de forma mais ampla trazendo, assim, a família para a realidade da doença. Esclarecer as dúvidas, fazer um trabalho de orientação e buscar uma reorganização, fortalece as relações familiares e produz uma maior otimização no manejo da dor.

Faz parte da função do profissional da saúde buscar e incentivar um maior intercâmbio entre as especialidades, visando assim, maior sucesso do tratamento. O trabalho em equipe é tido como um espaço para discutir as questões pertinentes ao universo que cerca o cliente e a doença, almejando-se assim, uma escuta mais aguçada do fenômeno que envolve a fibromialgia, levando-se em consideração que só pode ser consistentemente definido pelo próprio cliente.

As relações laborais podem ser auxiliadas por meio de maior divulgação da doença, de forma que as informações atinjam uma parcela maior da sociedade e consiga mobilizar esforços para uma melhor compreensão das dificuldades vivenciadas pelos clientes que estão expostos à essa condição.

Além das intervenções relativas à dinâmica da relação do cliente com os demais envolvidos em uma relação mais direta, encontram-se também possibilidades para uma melhor compreensão, até mesmo do cliente, com relação a dor. Incentivar outras formas de percepção e expressão da dor referida, pode, em última instância, facilitar a compreensão do fenômeno para eles mesmos, assim como para os profissionais e demais indivíduos que fazem parte de seu convívio.

É importante, nesse sentido, tecer considerações acerca do papel do psicólogo inserido nesse contexto da atenção ao cliente fibromiálgico. A postura profissional, a escolha das técnicas a serem utilizadas e os objetivos traçados para o desenvolvimento da psicoterapia, devem fazer parte de uma atitude que respeite as individualidades dos clientes envolvidos, de forma que este possa encontrar recursos internos para lidar com as dificuldades geradas pelo impacto da patologia. Facilitar a busca de recursos que visem a compreensão de si mesmo e a modificação de atitudes diante dos sinais e/ou sintomas, pode auxiliar no enfrentamento desse impacto, melhorando assim, a qualidade de vida.

A abordagem centrada na pessoa traz em seu bojo recursos condizentes com esses objetivos, oferecendo uma base teórica que se apóia na atitude do profissional enquanto responsável por auxiliar o cliente a encontrar os seus próprios recursos. Assim, o papel do psicólogo se baseia numa atitude psicológica facilitadora, propiciando a busca de recursos do cliente para que este possa lidar de forma mais adequada com as dificuldades surgidas.

A postura facilitadora do psicólogo pode, por meio de uma compreensão mais clara, aprimorar a capacidade do cliente de expressar a dor, estando este desenvolvendo os atendimentos num contexto individual ou grupal.

Com relação às técnicas utilizadas no estudo, o que se pode perceber com os resultados encontrados, é que a associação das mesmas para exploração do tema foi adequada, atingindo os objetivos propostos no estudo. Foram encontrados dados que abarcam inúmeras

temáticas relacionadas à fibromialgia. O amplo espectro de interpretações e relatos categorizados mostra e reforça a complexidade do fenômeno doloroso, bem como a individualidade na expressão do mesmo.

Assim, as técnicas e as análises realizadas foram eficazes na compreensão tanto da experiência vivenciada pelas clientes fibromiálgicas, como também da percepção que elas têm sobre a própria dor e de que maneira expressam essa percepção. É interessante considerar que o instrumento de descritores de dor crônica e a entrevista, quando associados, podem ser utilizados para outros contextos que não apenas a avaliação inicial. Pode também verificar a efetividade de intervenções propostas, embora ainda não tenha sido testado nessa situação.

Com os dados do estudo e da literatura até o momento, não é possível determinar formas estáveis de se estruturar programas para o manejo da dor de clientes fibromiálgicas, uma vez que se pode verificar em inúmeros trabalhos e existência de grandes diferenças em diversas amostras. Além disso, existe a possibilidade de resultados não efetivos, face à complexidade do fenômeno, como já relatado na literatura. O que é possível perceber é que essas diferenças devem ser respeitadas e avaliadas para determinar quais as melhores estratégias para alcançar um manejo adequado.

Para continuidade dos estudos são necessários novos testes, a partir de intervenções propostas nessa abordagem, que avalie a eficácia dos instrumentos e da associação das técnicas em outros contextos.

Sugere-se a continuidade de pesquisas que possam, cada vez mais, somar estratégias que possam ajudar os pacientes a alcançar o alívio do sofrimento físico, psíquico, social e familiar gerado pela doença.

6 REFERÊNCIAS

ALMEIDA, E.C. O Psicólogo no Hospital Geral. **Rev. Psicol. Ciênc. Profissão**, v.20, n. 3, p.24- 27, 2000.

ANGERAMI, V. A.; COPPE, A. A. F.; ANDRADE, C. L.; ALBERTO, E.; MIRANDA, E. M.; CHIATTONE, H. B.; GANDRA, M. I .S.; BARTILOTTI, M. R. M. B.; SABASTIANI, R. W. (Orgs). **Urgências psicológicas no Hospital**. São Paulo: Pioneira , 1998.

ARAÚJO, R. L. Fibromialgia: construção da realidade na formação dos médicos. **Rev. Bras. Reumatol.** , v. 46, p. 56-60, 2006.

ARNOLD, L. M.; HUDSON, J. I.; HESS, E. V.; WARE, A. E.; FRITZ, D. A.; AUCHENBACH, M. B.; STARCK, L. O.; KECK, P. E. J. Family study of fibromyalgia. **Arthritis & Rheum.**, v. 50, n. 3, p. 944-952, 2004.

ARNTZ, A.; CLAASSENS, L. The meaning of pain influences its experienced intensity. **Pain**, v. 109, p. 20-25, 2004.

ASBRING, P. Chronic illness, a disruption in life: identity transformation among women with chronic fatigue syndrome and fibromyalgia. **J. Adv. Nurs.**, v. 34, n. 3, p. 312-319, 2001.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979. 226 p.

BERBER, J. S. S.; KUPEK, E.; BERBER, S. C. Prevalência de depressão e sua relação com a qualidade de vida em pacientes com síndrome da fibromialgia. **Rev. Bras. Reumatol.**, v. 45, p.47-54, 2005.

BERGLUND, B.; HARJU, E. L.; KOSEK, E.; LINDBLOM, U. Quantitative and qualitative perceptual analysis of cold dysesthesia and hyperalgesia in fibromyalgia. **Pain**. v. 96, n. 1-2, p.177-87, 2002.

BERNARD, A.L.; PRINCE, A.; EDSALL. Quality of life issues for fibromyalgia patients. **Arthritis Care Res.**, v.13, p.42-50, 2000.

BONICA, J. J. **The management of pain**. 2ª ed. Pennsylvania: Lea & Febiger, Malvern, 2002.

CASARINI, K. A. **Análise dos aspectos emocionais de familiares de pacientes internados em um centro de terapia intensiva.** 2005. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

CAVALIERE, M. L. A. **Efetividade de um programa multidisciplinar de tratamento da fibromialgia.** 2002. Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.

CLUFF, L. E.; BINSTOCK, R. H. **The lost art of caring. Challenges to health professionals, families, communities and society.** Baltimore, Maryland: Johns Hopkins University, 2001.

COSTA, S. R. M. R.; PEDREIRA NETO, M. S.; TAVARES-NETO, J. et al.. Características de pacientes com síndrome da fibromialgia atendidos em hospital de Salvador- BA, Brasil. **Rev. Bras. Reumatol.**, v. 45, p. 64-70, 2005.

CRAGGS-HINTON, C. **Living with fibromyalgia.** London: Sheldon Press, 2000.

DEATRICK, J. A.; KNAFL, K. A.; MURPHY-MOORE, C. Clarifying the concept of normalization. **J. Nurs. Sch.**, v. 31, n. 3, p. 209-214, 1999.

EHLERS, L. Pain and new cultural diseases. **Endod. Dent. Traumatol.**, v.15, p.193-197, 1999.

FERREIRA, A. A. L. O lugar da psicofísica de Gustav Fechner na história da psicologia. **Memorandum**, v. 5, p. 86-93, 2003.

FITZCHARLES, M.; ALMAHREZI, A.; SHIR, Y. Pain: understanding and challenges for the rheumatologist. **Arthritis & Rheum.**, v. 52, p. 3685-3892, 2005

FROT, M.; FEINE, J. S.; BUSHNELL, M. C. Sex differences in pain perception and anxiety. A psychophysical study with topical capsaicin. **Pain**, v.108, p. 230-236, 2004.

GALLINARO, A. L. **Avaliação da associação entre fibromialgia e lesão por esforço repetitivo em metalúrgicos de Guarulhos.** 1999. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

GIESECKE, T.; GRACELY, R. H.; WILLIAMS, D. A.; GEISSER, M. E.; PETZKE, F. W.; CLAUW, D. J. The relationship between depression, clinical pain, and experimental pain in a chronic pain cohort. **Arthritis & Rheum.**, v. 52, n. 5, p. 1577-1584, 2005.

GIESECKE, T.; WILLIAMS, D. A.; HARRIS, R. E.; CUPPS, T. R.; TIAN, X.; TIAN, T. X.; GRACELY, R. H.; CLAUW, D. J. Subgrouping of fibromyalgia patients on the basis of pressure-pain thresholds and psychological factors. **Arthritis & Rheum.**, v. 48, n.10, p. 2916-2922, 2003.

GOLDENBERG, D. L. A fibromialgia uma década depois: o que aprendemos? **JAMA Brasil – J. Am. Med. Assoc.**, v. 8, p. 3507- 3515, 2000.

GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar**: como fazer pesquisa qualitativa em ciências sociais. 4ª ed. Rio de Janeiro: Record, 2000.

GRACELY, R. H. Pain measurement. **Acta Anaesthesiol. Scand.**, v. 43, p. 897-908, 1999.

GRACELY, R. H.; GRANT, M. A. B.; GIESECKE, T. Evoked pain measures in fibromyalgia. **Best Prat. Res. Clin. Rheumatol.**, v.17, p. 593-609, 2003.

GRACIANO, E. L. **Avaliação do efeito da laserterapia de baixa intensidade no tratamento de pacientes com fibromialgia medicados com amitriptilina ou placebo**. 2005. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

GRECO, C. M.; RUDY, T. E.; MANZI, S. Effects of disease activity, pain and distress on activity limitations in patients with Systemic Lupus Erythematosus. **J. Rheumatol.**, v. 31, n. 2, p. 260-267, 2004.

HARRIS, R. E.; WILLIAMS, D. A.; MCLEAN, S. A.; SEN, A.; HUFFORD, M.; GENDREAU, R. M.; GRACELY, R. H.; CLAUW, D. Characterizations and consequences of pain variability in individuals with fibromyalgia. **Arthritis & Rheum.**, v. 52, n. 11, p. 3670-3674, 2005.

HASSETT, A. L.; CONE, J. D.; PATELLA, S. J.; SIGAL, L. H. The role of catastrophizing in the pain and depression of women with fibromyalgia syndrome. **Arthritis & Rheum.**, v. 43, n.11, p. 2493-2500, 2000.

HEIBERG, T.; KVIEN, T. K. Preferences for improved health examined in 1024 patients with rheumatoid arthritis: pain has highest priority. **Arthritis & Rheum.**, v. 47, p. 391-397, 2002.

HELFENSTEIN, M.; FELDMAN, D. Síndrome da fibromialgia: características clínicas e associações com outras síndromes disfuncionais. **Rev. Bras. Reumatol.**, v. 42, p. 8-14, 2002.

HEYMANN, R. E. O papel do reumatologista frente à fibromialgia e à dor crônica musculoesquelética. **Rev. Bras. Reumatol.**, v. 46, n. 1, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S048250042006000100001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04/07/07.

HORTENSE, P. **Mensuração da dor pós-hemorroidectomia**. 2003. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

MARTINEZ, J. E.; PANOSSIAN, C.; GAVIOLI, F. Estudo comparativo das características clínicas e abordagem de pacientes com fibromialgia atendidos em serviço público de reumatologia e em consultório particular. **Rev. Bras. Reumatol.**, v. 46, p. 32-36, 2006.

MARTINEZ, J. E.; ATRA, E.; FERRAZ, M. B.; SILVA, P. S. B. Fibromialgia: aspectos clínicos e socioeconômicos. **Rev. Bras. Reumatol.**, v. 32, p. 225-230, 1992.

MARTINEZ, J. E.; KUBOKAWA, K.; PEDREIRA, I. S.; MACHADO, L. A. M.; CEVASCO, G. Evaluation of the quality of life in brazilian woman with fibromyalgia through the Medical Outcome Survey 36 Item Short Form Study. **Disabil. Reabil.**, v. 23, n. 2, p. 64-68, 2001.

MASI, A. T.; WHITE, K. P.; PILCHER, J. J. Person-centered approach to care, teaching, and research in fibromyalgia syndrome: Justification from biopsychosocial perspectives in populations. **Semin. Arthritis Rheum.**, v. 32, n. 2, p. 71-93, 2002.

MEADOR, B. D.; ROGERS, C. R. **Person-centered therapy**. Itasca, Illinois: Peacock Publishers, 1979.

MELZACK, R.; TORGERSOON, W. S. On the language of pain. **Anesthesiology**, v. 34, n. 1, p. 50-59, 1971.

MELZACK, R.; WALL, P. D. Pain mechanisms: a new theory. **Science**, v. 150, p. 971-978, 1965.

MINAYO, M. C. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 7ª ed. São Paulo: HUCITEC-ABRASCO, 2000.

NOBLE, B.; CLARK, D.; MELDRUM, M.; HAVE, H.; SEYMOUR, J.; WINSLOW, M.; PAZ, S. The measurement of pain, 1945-2000. **J. Pain Symptom Manage.**, v. 29, n.1, p. 14-21, 2005.

PAGANO, T.; MATSUTANI, L. A.; FERREIRA, E. A. G.; MARQUES, A. P.; PEREIRA, C. A. B. Assessment of anxiety and quality of life in fibromyalgia patients. **Sao Paulo Med. J.**, v. 122, n. 6, p. 252-258, 2004.

PAIVA, E. S.; COGINOTTI, V.; CAROLINA, S. M.; PARCHEN, C. F. R.; URBANESKI, F. Manejo da dor. **Rev. Bras. Reumatol.**, v. 46, n. 4, p.292-296, 2006.

PEREIRA, L.V.; SOUSA, F.A.E.F. Mensuração e Avaliação da Dor Pós-Operatória: Uma Breve Revisão. **Revista latino-americana de enfermagem.** v.6, n.3, p.77-84, 1998.

PEREIRA, L. V.; GIUNTINI, P. B.; SANT'ANA, R. P. M.; FALEIROS SOUSA, F. A. E. Magnitude estimates of pain descriptors. **Psychol. Coimbra**, n. 28, p. 269-276, 2001.

PIMENTA, C.A.M.; TEIXEIRA, M. J. Questionário de dor McGill: proposta de adaptação para a língua portuguesa. **Rev. Esc. Enfermagem USP**, v. 30, n. 3, p. 473-483, 1996.

PRINCE, A.; BERNARD, A.; EDSALL, P. A. A descriptive analysis of fibromyalgia from the patient's perspective. **J. Musculoskeletal Pain**, v. 8, p. 35-47, 2000.

QUINTNER, J.; BUCHANAN, M. C.; TAYLOR, A. Signification and pain: a semiotic reading of fibromyalgia. **Theor. Med.**, v. 24, p. 345-354, 2003.

RAPHAEL, K.G.; NATELSON, B. H.; JANAL, M. N.; NAYAK, S. A community-based survey of fibromyalgia-like pain complaints following the World Trade Center terrorist attacks. **Pain**, v.100, p. 131-139, 2002.

RODE, S. SALKOVSKIS, P. M., JACK, T. An experimental study of attention, labeling and memory in people suffering from chronic pain. **Pain**, v. 94, p. 193-203, 2001.

ROGERS, C. R. **A way of being.** New York: Houghton Mifflin, 1980.

SANT'ANA, R. P. M.; PEREIRA, L. V.; SALTARELI, S.; SOUSA, F. F. Chronic pain descriptors: a psychophysical study. In: ANNUAL MEETING OF THE INTERNATIONAL SOCIETY FOR PSYCHOPHYSICS, 20. Fechner Day 2004. Universidade de Coimbra, Portugal, 2004.

SARTI, M. H. C.; SALTARELI, S.; OLIVEIRA, F. R.; MORAES, D. A.; GODOI, D. F. Avaliação de transtornos do sono e qualidade de vida de um grupo de pacientes com fibromialgia do Grupo de Atendimento Psicológico do ambulatório de Imunologia Clínica (GRAFI) do HCFMRP-USP. In: REUNIÃO ANUAL DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE PSICOLOGIA, 33. Belo Horizonte, 2003.

SENNA, E. R.; BARROS, A. L. P.; SILVA, E. O.; COSTA, I. F.; PEREIRA, L. V. B.; CICONELLI, R. M.; FERRAZ, M. B. Prevalence of rheumatic diseases in Brazil: a study using the COPCORD Approach. **J. Rheumat.**, v. 31, n. 3, p. 594-597, 2004.

SILVA, C. R.; GOBBI, B. C.; SIMÃO, A. A. O uso da análise de conteúdo como uma ferramenta para a pesquisa qualitativa: descrição e aplicação do método. **Organizações Rurais Agroindustriais**, v. 7, n. 1, p. 70-81, 2005.

SOUSA, F. A. E. F.; SILVA, J. A. Uso e aplicação da metodologia psicofísica na pesquisa em enfermagem. **Rev. Latino-am. Enferm.**, v. 4, n. 2, p. 147-178, 1996.

SOUSA, F. A. E. F.; SILVA, J. A. Mensurando dor. **Rev. Dor: pesquisa, clínica e terapêutica**, v. 6, n. 4, p. 680-687, 2005.

STEVENS, S. S. **Psychophysics**: introduction to its perceptual, neural and social prospects. New York: John Wiley, 1975.

STURGE-JACOBS, M. The experience of living with fibromyalgia: confronting an invisible disability. **Res. Theory Nurs. Practice**, v.16, p. 19-31, 2002.

TAYLOR, M. L.; TROTTER, D. R.; CSUKA, M. E. The prevalence of sexual abuse in women with fibromyalgia. **Arthritis & Rheum.**, v. 38, p. 229-234, 1995.

WEIDEBACH, W.F.S. Fibromialgia: evidências de um substrato neurofisiológico. **Rev. Assoc. Méd. Bras.**, v. 48, p. 291, 2002.

WOLFE, F.; SMYTHE, H. A.; YUNUS, M. B.; BENNETT, R. M.; BOMBARDIER, C.; GOLDENBERG, D. L.; TUGWELL, P.; CAMPBELL, S. M.; ABELES, M.; CLARK, P.; FAM, A.G.; FARBER, S. J.; FIECHTNER, J. J.; FRANKLIN, C. M.; GATTER, R. A.; HAMATY, D.; LESSARD, J.; LICHTBROUN, A. S.; MASI, A.T.; MCCAIN, G. A.; REYNOLDS, W. J.; ROMANO, T. J.; RUSSELL, L. J.; SHEON, R. P. The American College of Rheumatology 1990, criteria for the classification of fibromyalgia: report of the multicenter criteria committee. **Arthritis & Rheum.**, v. 33, p. 160-172, 1990.

WOLFE, F.; MICHAUD, K. Severe rheumatoid arthritis (RA), worse outcomes, comorbid illness, and sociodemographic disadvantage characterize r.a. patients with fibromyalgia. **J. Rheumatol.**, v. 31, p. 695-700, 2004.

7 ANEXOS

7.1 Anexo 1

CEP. 14048-900
RIBEIRÃO PRETO - S.P.
BRASIL

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA
DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

CAMPUS UNIVERSITÁRIO - MONTE ALEGRE
FONE: 602-1000 - FAX (016) 633-1144

Ribeirão Preto, 10 de novembro de 2004

Ofício nº 3078/2004
CEP/SPC

Prezada Senhora:

O trabalho intitulado
"MENSURAÇÃO DA DOR" foi analisado pelo Comitê de Ética em
Pesquisa em sua 192ª Reunião Ordinária realizada em 08.11.2004, e
enquadrado na categoria: **APROVADO**, de acordo com o Processo
HCRP nº 11696/2004.

Aproveito a oportunidade para
apresentar a Vossa Senhoria protestos de estima e consideração.

PROF. DR. SÉRGIO PEREIRA DA CUNHA
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa
do HCRP e da FMRP-USP

Ilustríssima Senhora
FÁTIMA AP. E. FALEIROS SOUSA

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP

Em mãos

7.2 Anexo 2

DESCRITORES DE DOR

1. QUEIMANTE

DEFINIÇÃO: 1. Que queima; queimosa. 2. Muito picante; pimenta queimante.

NOTA:

--	--	--	--	--	--	--	--

0 1 2 3 4 5 6

2. INCÔMODA

DEFINIÇÃO: 1. Que não oferece comodidade. 2. Que incomoda; que é desagradável; desconfortável. 3. Que enfada; aborrece; enfadonha; molesta; presença incômoda. 4. Que causa transtorno; importuna. 5. Que traz dificuldades: situação incômoda; incomodadora; incomodante.

NOTA:

--	--	--	--	--	--	--	--

0 1 2 3 4 5 6

3. ENJOADA

DEFINIÇÃO: 1. Intolerável. 2. Desagradável.

NOTA:

--	--	--	--	--	--	--	--

0 1 2 3 4 5 6

4. BRUTAL

DEFINIÇÃO: 1. Próprio de bruto; da natureza do bruto. 2. Cruel; desumana; bárbara. 3. Impiedosa; violenta. 4. Medonha; terrível.

NOTA:

--	--	--	--	--	--	--	--

0 1 2 3 4 5 6

5. CHATA

DEFINIÇÃO: 1. Maçante. 2. Situação ou coisa chata.

NOTA:

--	--	--	--	--	--	--	--

0 1 2 3 4 5 6

6. MONSTRUOSA

DEFINIÇÃO: 1. Que tem a conformação de monstro.

NOTA:

--	--	--	--	--	--	--	--

0 1 2 3 4 5 6

7. PERTURBADORA

DEFINIÇÃO: 1. Que perturba; perturbativa; perturbatória; perturbante.

NOTA:

0	1	2	3	4	5	6

8. PREOCUPANTE

DEFINIÇÃO: 1. Que preocupa. 2. Que ocupa primeiro.

NOTA:

0	1	2	3	4	5	6

9. INFERNIZANTE

DEFINIÇÃO: 1. Que torna muito incômoda; insuportável; que inferniza; que aflige; que desespera; que atormenta.

NOTA:

0	1	2	3	4	5	6

10. INSUPORTÁVEL

DEFINIÇÃO: 1. Não suportável; intolerável. 2. Incômoda; molesta.

NOTA:

0	1	2	3	4	5	6

11. INTENSA

DEFINIÇÃO: 1. Forte; impetuosa. 2. Dura; árdua; penosa. 3. Violenta; rude; excessiva.

NOTA:

0	1	2	3	4	5	6

12. CRUEL

DEFINIÇÃO: 1. Dura; insensível; cruenta. 2. Severa; rigorosa; tirana.

NOTA:

0	1	2	3	4	5	6

13. DANOSA

DEFINIÇÃO: 1. Que causa dano; nociva; prejudicial; daninha.

NOTA:

0	1	2	3	4	5	6

14. DEMONÍACA

DEFINIÇÃO: 1. Relativa a; ou próprio de demônio; diabólica; satânica.

NOTA:

--	--	--	--	--	--	--

0 1 2 3 4 5 6

15. DEPRIMENTE

DEFINIÇÃO: 1. Que deprime; depressiva; depressora.

NOTA:

--	--	--	--	--	--	--

0 1 2 3 4 5 6

16. DESASTROSA

DEFINIÇÃO: 1. Em que há; ou que produz acontecimento calamitoso, especialmente o que ocorre de súbito e ocasionando grande dano ou prejuízo.

NOTA:

--	--	--	--	--	--	--

0 1 2 3 4 5 6

17. DESGRAÇADA

DEFINIÇÃO: 1. De má sorte. 2. Miserável. 3. Desprezível.

NOTA:

--	--	--	--	--	--	--

0 1 2 3 4 5 6

8. ESMAGADORA

DEFINIÇÃO: 1. Que esmaga. 2. Opressiva; tirânica. 3. Indiscutível; irretorquível; irrefutável.

NOTA:

--	--	--	--	--	--	--

0 1 2 3 4 5 6

19. DESAGRADÁVEL

DEFINIÇÃO: 1. Que desagrade; não agradável.

NOTA:

--	--	--	--	--	--	--

0 1 2 3 4 5 6

20. QUE ESPALHA

DEFINIÇÃO: 1. Que lança para diferentes lados; dispersa. 2. Que difunde; irradia. 3. Que se propaga.

NOTA:

--	--	--	--	--	--	--

0 1 2 3 4 5 6

21. EXAGERADA

DEFINIÇÃO: 1. Em que há exageração. 2. Que exagera. 3. Excessiva.

NOTA:

0	1	2	3	4	5	6

22. EXCESSIVA

DEFINIÇÃO: 1. Que é em excesso; exagerada; demasiada; desmedida.

NOTA:

0	1	2	3	4	5	6

23. CASTIGADORA

DEFINIÇÃO: 1. Que ou aquela que castiga.

NOTA:

0	1	2	3	4	5	6

24. ATERRORIZANTE

DEFINIÇÃO: 1. Que enche de terror, que faz medo.

NOTA:

0	1	2	3	4	5	6

25. MALDITA

DEFINIÇÃO: 1. Amaldiçoada. 2. Pernicioso; funesta. 3. Muito má; maligna.

NOTA:

0	1	2	3	4	5	6

26. AMEDRONTADORA

DEFINIÇÃO: 1. Que ou aquela que mete medo; assusta; aterroriza.

NOTA:

0	1	2	3	4	5	6

27. APAVORANTE

DEFINIÇÃO: 1. Que apavora; que causa pavor; espanto.

NOTA:

0	1	2	3	4	5	6

28. ATORMENTADORA

DEFINIÇÃO: 1. Que ou aquela que tortura; suplicia, flagela; angustia; mortifica; aflige.

NOTA:

0	1	2	3	4	5	6

29. FORTE

DEFINIÇÃO: 1. Que tem força; vigor. 2. Intensa; violenta. 3. Viva; ativa.

NOTA:

0	1	2	3	4	5	6

30. DOLOROSA

DEFINIÇÃO: 1. Que produz dor; dolorífica. Dorida.

NOTA:

0	1	2	3	4	5	6

31. PAVOROSA

DEFINIÇÃO: 1. Que infunde pavor. 2. Medonha; horrível; horrorosa.

NOTA:

0	1	2	3	4	5	6

32. TORTURANTE

DEFINIÇÃO: 1. Que tortura; que atormenta; torturadora; aflitiva; angustiante.

NOTA:

0	1	2	3	4	5	6

33. ABORRECÍVEL

DEFINIÇÃO: 1. Que pode ou deve causar aborrecimento ou horror; digna de horror; detestável; execrável; abominável; aborrecida; aborrecedora.

NOTA:

0	1	2	3	4	5	6

34. AGRESSIVA

DEFINIÇÃO: 1. Que agride; envolve ou denota agressão.

NOTA:

0	1	2	3	4	5	6

35. DESCONFORTÁVEL

DEFINIÇÃO: 1. Não confortável; inconfortável.

NOTA:

--	--	--	--	--	--	--

0 1 2 3 4 5 6

36. DESESPERADORA

DEFINIÇÃO: 1. Que desespera; que faz desesperar; desesperante; desesperativa. 2. Aquela que faz desesperar.

NOTA:

--	--	--	--	--	--	--

0 1 2 3 4 5 6

37. DESESTIMULANTE

DEFINIÇÃO: 1. Que desestimula; desestimuladora.

NOTA:

--	--	--	--	--	--	--

0 1 2 3 4 5 6

38. DESTRUIDORA

DEFINIÇÃO: 1. Que destrói; destruidora; destrutiva. 2. Aquela que destrói.

NOTA:

--	--	--	--	--	--	--

0 1 2 3 4 5 6

39. DEVASTADORA

DEFINIÇÃO: 1. Que ou aquela que destrói; assola. 2. Danifica; arruina.

NOTA:

--	--	--	--	--	--	--

0 1 2 3 4 5 6

40. ANGUSTIANTE

DEFINIÇÃO: 1. Que angustia; angustiosa.

NOTA:

--	--	--	--	--	--	--

0 1 2 3 4 5 6

41. ASSUSTADORA

DEFINIÇÃO: 1. Que assusta; assustosa.

NOTA:

--	--	--	--	--	--	--

0 1 2 3 4 5 6

42. PREJUDICIAL

DEFINIÇÃO: 1. Que prejudica; nociva; lesiva.

NOTA:

--	--	--	--	--	--	--

0 1 2 3 4 5 6

43. TERRÍVEL

DEFINIÇÃO: 1. Que infunde ou causa terror; terrificante. 2. Extraordinária; estranha. 3. Muito grande; enorme. 4. Muito ruim; péssima.

NOTA:

--	--	--	--	--	--	--

0 1 2 3 4 5 6

44. PERSISTENTE

DEFINIÇÃO: 1. Que é constante; que continua; prossegue; insiste. 2. Que permanece; que se mantém; que persevera.

NOTA:

--	--	--	--	--	--	--

0 1 2 3 4 5 6

45. IMPRESSIONANTE

DEFINIÇÃO: 1. Que impressiona; produz sensação de estranheza; chama a atenção; abala; toca.

NOTA:

--	--	--	--	--	--	--

0 1 2 3 4 5 6

46. SUFOCANTE

DEFINIÇÃO: Que sufoca; sufocadora, sufocativa.

NOTA:

--	--	--	--	--	--	--

0 1 2 3 4 5 6

47. COMO CHOQUE

DEFINIÇÃO: Como sensação produzida por carga elétrica.

NOTA:

--	--	--	--	--	--	--

0 1 2 3 4 5 6

48. LATEJANTE

DEFINIÇÃO: Que pulsa; palpita.

NOTA:

--	--	--	--	--	--	--

0 1 2 3 4 5 6

49. TERRIFICANTE

DEFINIÇÃO: Que terrifica; terrífica, terrível.

NOTA:

--	--	--	--	--	--	--

0 1 2 3 4 5 6

50. ESPALHADA

DEFINIÇÃO: Que se espalhou. Separada; intervalada; dispersa. Derramada. Difundida; divulgada; propalada.

NOTA:

--	--	--	--	--	--	--

0 1 2 3 4 5 6

8 APÊNDICES

8.1 Apêndice 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO – USP

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE RIBERÃO PRETO. RIBEIRÃO PRETO ____/____/____

Prezado (a) Senhor (a) _____

O objetivo deste estudo é avaliar a percepção da dor crônica em clientes que estejam realizando tratamento de Fibromialgia no Ambulatório de Imunologia Clínica deste hospital.

Para esta avaliação utilizaremos primeiro uma entrevista perguntando-lhe sobre sua experiência com dor, pensamentos, sentimentos, e opiniões relacionados à esta (Anexo 1).

Após a realização da entrevista, será utilizado um questionário com palavras que descrevem a dor crônica (descritores de dor), bem como suas definições, para que você possa julgá-los pelo método de Estimação de Categorias (Anexo II).

Esclarecemos que você tem a liberdade de desistir, cancelando seu consentimento, em qualquer tempo e ficaremos gratos pela sua participação. Garantimos que serão mantidos o respeito e o sigilo, ou seja, o seu nome ou qualquer dado que possa identificá-lo não aparecerá no trabalho.

Caso concorde em contribuir, pedimos que nos conceda sua participação por escrito.

Sim, aceito participar _____

Simone Saltareli – Psicóloga CRP 06/65130
Pós-graduanda EERP

Profª Drª Fátima A. E. Faleiros Sousa
Orientadora EERP

8.2 Apêndice 2

ENTREVISTA

Dados de identificação

Nome:

Reg.:

Profissão:

Idade:

Procedência:

Escolaridade:

Estado civil:

Religião:

Nº de filhos:

1) Como foi percebido o início dos sintomas relacionados a fibromialgia (dor, dificuldades com o sono, cansaço, alergias, alterações intestinais, etc.)? quanto tempo levou até que fosse diagnosticado?

2) Onde procurou atendimentos médico na época do início dos sintomas e depois disso por quais serviços de saúde passou? Qual a frequência atual de procura por atendimento médico?

3) Como você lida com sua dor, o que você faz quando a sente? Que atitudes você toma: procura o apoio de alguém? Usa medicação? Tem alguma outra coisa que você busca?

4) Como seus familiares ou pessoas com quem você convive reagem quando você sente dor? Você julga que tem apoio dessas pessoas? Que tipo?

5) Na sua opinião, qual é a causa de suas dores? O que você percebe que influencia o início delas?

6) Na sua opinião, faz diferença o fato de você saber o que causa as suas dores, ou seja, saber seu diagnóstico faz alguma diferença pra você?

7) O que você sente quando alguém lhe pergunta sobre a possível influência de problemas emocionais na causa de suas dores?

8) O que você pensa sobre a qualidade de vida que você está tendo no momento, pensando nas atividades que você tem atualmente, tanto no que diz respeito ao trabalho, como também esportes, lazer, etc.?

9) Como você se sente com relação a sua situação atual?

10) Que necessidades você percebe que tem atualmente e quais delas você acha que estão sendo atendidas?

11) Como você julga o atendimento que tem recebido agora? Como tem recebido as orientações e informações nos atendimentos? Quando tem alguma dúvida, tem dificuldades para esclarece-la?

12) Na sua opinião, existe alguma coisa que você possa fazer para melhorar as dores?